

LES TERRES RARES

Groupe Palladium - Thorium - Rhodium - Samarium - Vanadium

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

LES TERRES RARES

Groupe Palladium=Thorium=Rhodium=Samarium=Vanadium

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE BLAIRE

Né à Aubigny-en-Artois (P.-de-G.), le 15 Avril 1897

Président : Monsieur LÉON BERNARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI (1^{er} Arr^t)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	N....
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LE LORIER.	REITTERER.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BASSET.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIERE.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	STROHL.
CAMUS.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	LABBE (Henri).	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
DEBRE.	LANGLOIS.	PHILBERT.	
DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Gustave BLAIRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

Agnès BLAIRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur Gustave BLAIRE

ET

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
infinie et de l'amour profond que j'ai
pour eux.*

A MES SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON CHER MAITRE ET COUSIN

Le Docteur Théophile LEGRY

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin à l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a dirigé dans mes études et m'a
toujours montré une affection pater-
nelle, en hommage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON MAITRE

Le Docteur AVIRAGNET

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*Qui m'a inspiré cette thèse et à qui je
dois une reconnaissance illimitée pour
les soins si dévoués qu'il m'a prodi-
gués en mars 1918.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Messieurs les Professeurs HARTMANN, MAUCLAIRE,
BASSET, JEANNIN

Messieurs les Docteurs DEVRAIGNE, HUDELO

A Monsieur PEIGNAUX

Interne à l'Hôpital des Enfants-Malades

A Monsieur A. CHESNAIS

Docteur Ès Sciences

Ancien Chef de Laboratoire des Hautes Études (Inst. de France)

*Qui nous a donné les études
sur les terres rares.*

A Monsieur le Professeur Léon BERNARD

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Nous lui exprimons notre vive gratitude
pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de présider notre thèse.*

LES TERRES RARES

DANS LE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

La tuberculose accentue ses ravages dans tous les pays civilisés et particulièrement en France; les statistiques annuelles des décès causés par elle sont effrayantes.

Il n'est pas exagéré de dire que les multiples recherches entreprises dans le monde entier en vue d'établir une lutte basée sur une *thérapeutique spécifique* ont échoué.

Dans ce travail, nous n'avons aucunement l'intention de prouver que les terres rares que nous avons employées soient précisément un spécifique de la tuberculose, mais nous pensons démontrer qu'en dehors des tuberculoses à tendance évolutive favorable où elles contribuent, comme toute autre thérapeutique, à relever l'état général, leur application dans les formes graves donne de bons résultats, plaçant les malades dans des conditions propices et leur fournissant ainsi les moyens nécessaires de prolonger et d'accroître même leur résistance au bacille.

L'application de cette thérapeutique semble exalter les processus de défense antibacillaire; elle confère à l'organisme la faculté de scléroser les tubercules, de cicatriser les lésions ouvertes, d'empêcher la dissémination bacillaire et de neutraliser l'action des poisons tuberculeux.

Le bacille de KOCH étant un bacille très résistant grâce à son enveloppe cireuse vivante, il faut, pour traiter efficacement la tuberculose, s'attaquer d'abord à cette cuirasse protectrice; celle-ci, une fois détruite, on peut concevoir l'espoir que le bacille subira directement l'influence du traitement et finira par s'autolyser, ou tout au moins n'exercera plus de ravages sérieux.

Le **Palladium**, le **Thorium**, le **Rhodium** et le **Vanadium**, dont l'étude sera faite plus loin, contribuent à la destruction de l'enveloppe cireuse du bacille de KOCH; chacun de ces métaux ayant une part spéciale dans la lutte comme il résulte des expériences *in vitro*.

Cette lutte est plus ou moins longue, suivant les formes et le degré de la tuberculose, quelquefois elle est incertaine. Mais après un traitement prolongé, et si ce qui se passe dans l'organisme correspond aux recherches faites *in vitro*, l'enveloppe du bacille s'amincit et finit par disparaître. Le **Samarium** alors, dont les sels sont les antagonistes des tuberculines, agit efficacement sur le bacille même.

Nous ne saurions trop remercier de sa bienveillance notre Maître, M. le docteur AVIRAGNET, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, qui a bien voulu nous permettre de poursuivre nos recherches sur les malades de son service et n'a cessé de nous prodiguer ses conseils durant la rédaction de ce travail.

Nous remercions également M. PEIGNAUX, Interne du Service, qui nous a toujours apporté son aide dévouée et amicale, ainsi que M. A. CHESNAIS, docteur ès sciences, qui a mis à notre disposition la quantité de complexe de Terres rares nécessaire à nos expériences.

HISTORIQUE

de l'état des recherches chimiques et thérapeutiques sur les Terres Rares

Au cours de ce résumé sur les études chimiques des terres rares et de leurs sels, nous devons citer les noms de nombreux savants étrangers avec lesquels CHESNAIS a été plus spécialement en relations. Il ne faudra pas en conclure que les chimistes français n'ont pas contribué à l'étude de ces métaux. Il suffit de rappeler que c'est LECOQ DE BOISBAUDRAN qui, tandis qu'il travaillait dans le laboratoire de SCHUTZENBERG, a le premier découvert le *Galium* et le *Samarium*.

PALLADIUM

Le *Palladium* P. A. 106, voisin du platine (Pd. 1²), a été conseillé, sous la forme d'iodure palladeux par LASSAIGNE (*Journal de chimie médicale*, T. XI, p. 57) dans les divers états de la tuberculose. Ce sel avait, d'après cet auteur, une action curative spéciale dans certains cas. — BREDIG, qui l'a obtenu à l'état colloïdal en 1904 (Deutsche ch. 1904), en avait reconnu l'action bienfaisante également dans la tuberculose. Les docteurs CASTORO et DONAU (Monath Chem-1906) l'ont appliqué à leur tour comme antibacillaire avec certains succès.

Depuis, sous le nom de *Palladiol*, ce métal a été conseillé spécialement par SAVARKSAD dans les diverses affections pulmonaires. En Norvège et dans les pays scandinaves, il est couramment employé dans la tuberculose et les pneumonies, cela depuis de très nombreuses années, sous forme d'un sirop palladique qui, analysé, présente un oxyde très divisé de *Palladium* en suspension dans un sirop de sucre.

THORIUM

P. A. 232-4. — C'est en 1894, pour la première fois, que BOKORNÝ (Ch. Zeitung 1894) a publié une étude sur les effets physiologiques du *Thorium*; plus tard, STURMER (Medicinische Wochenschrift 1903) publie un travail sur les effets du *Thorium* à l'état d'acétate de *Thorium* ($C^2.H^3.O^2$).⁴ dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Il déclare que ce sel, assez difficilement supporté par l'estomac, a un effet très marqué sur les diverses phases de la maladie, il constate surtout la diminution rapide des expectorations. Depuis, WALSH, BEHRENS, NEISSER ont conseillé l'acétate de *Thorium* dans la tuberculose mais ont dû en cesser l'emploi, malgré les très favorables résultats obtenus, à cause de l'irritation de la muqueuse stomacale.

RHODIUM

P. A. 103. — Les effets thérapeutiques du *Rhodium* ont été pour la première fois mis en relief par LOTTERMOSER (Anorg. Kolloide Gesel. Stüggart) 1901. Le *Rhodium*, suivant cet auteur, est un antibacillaire spécial, ayant une action très particulière sur le bacille d'EBERTH, le pneumocoque, le méningocoque, le

staphylocoque doré; les cultures de ces bacilles sont arrêtées dans leur développement et détruites par l'adjonction de 2 cm³ de solution colloïdale à 20 cm³ de bouillon.

Plus tard, les professeurs THIROLOIX, DELAGENIÈRE, OLIVIER, etc., ont appliqué le *Rhodium colloïdal* avec grand succès dans les états infectieux, ils ont toujours observé un abaissement rapide de la température. Les mêmes observations ont été faites par TAUSK et KORANY, ces derniers, dans une communication à la Société Biol. de Budapest, déclarent que le *Rhodium colloïdal* abaisse très rapidement la température des tuberculeux et améliore considérablement leur état général.

SAMARIUM

P. A. 150-3. — C'est à CROOKES surtout que l'on doit les premiers travaux sur le *Samarium*. BRUNINGHAUS, en même temps, pour ainsi dire, se livrait à l'étude des oxydes et des sels de *Samarium* au point de vue physiologique.

Reprenant ces études, CHESNAIS eut l'idée, à la suite de la lecture d'un rapport du docteur BERDINGER de Breslau (Munchner Medicinische Zeit. 1907) prétendant que les sels de *Samarium* étaient les antagonistes des tuberculines, d'essayer sur les cultures de bacilles de KOCH l'effet des sels de *Samarium*. Il se servit d'abord des acétates, des tartrates et des citrates de *Samarium*, sels très difficiles à obtenir et très peu stables. Néanmoins, il constata l'arrêt du développement des cultures et l'action réelle, *in vitro*, sur le bacille de KOCH. En 1916, il réussit à faire un hydrosol de *Samarium* et put alors réellement constater, dans la culture, la destruction du bacille de KOCH. Ces travaux furent exécutés pendant la guerre; CHESNAIS étant resté prisonnier civil en Belgique avait pu se monter un laboratoire.

VANADIUM

P. A. — Les travaux sur le *Vanadium* au point de vue thérapeutique sont connus, nous ne croyons pas utile d'insister. Le seul point nouveau est la communication de SPIEGEL, qui fait ressortir (*Médecinische Woch.* 1910) que l'anhydride vanadique est un vecteur d'oxygène tel que, l'ayant allié à des glycérophosphates en quantité minime, il est arrivé à modifier des états graves de déminéralisation dans la cachexie des tuberculeux.

COMPLEXE

S'inspirant de tous ces travaux, appliquant les théories d'OSWALD, de CROOKES, de TAKAMINE, CHESNAIS est parvenu, après de longs travaux de laboratoire, à obtenir un complexe de ces cinq métaux sous la forme d'un sel parfaitement stable et qui n'est pas une combinaison.

Il a laissé volontairement de côté les autres métaux rares : *Cerium*, *Lanthane*, *Praseodyme*, etc., après les avoir également étudiés. Il a constaté en effet que certains de ces métaux ont une action nulle sur le bacille de KOCH, d'autres ont des propriétés caustiques et produisent, même à des doses infinitésimales, des réactions très vives sur les tissus.

C'est donc avec ce nouveau produit qu'il a pu réaliser une sorte d'hydrosol soluble dans un liquide salin approprié dont l'analyse très délicate donne les proportions suivantes :

<i>Thorium</i>	} 0,091	<i>Samarium</i>	} 0,050
.....		<i>Palladium</i>	
<i>Rhodium</i>		<i>Vanadium</i>	

Il a remarqué, en outre, en procédant à cette analyse, à la suite des travaux de OSWALD et de KEMER (Kolloid Zeit. 1916), qu'il existait dans le précipité de l'hydroxydure de *Thorium*, du *Thorium X* et que ce liquide était par conséquent radioactif. La présence de ce facteur expliquerait l'action rapide, parfois surprenante, de ce complexe, action constatée tant au laboratoire *in vitro*, que dans la clinique.

Si, à un bouillon de culture de bacilles de KOCH, on ajoute quelques cm³ de la solution de ce complexe, on remarque, après six à sept heures, que le bacille de KOCH se désagrège, sa couche cireuse se détruit petit à petit, la culture meurt et le bacille est fractionné.

Ce fait se reproduit-il exactement dans l'organisme? Les observations cliniques sembleraient bien le démontrer. On constate en effet une action certaine sur le processus tuberculeux, puisque les sueurs, la température, les expectorations diminuent plus ou moins rapidement, suivant les cas, pour disparaître. Le malade reprend de l'appétit, ses forces reviennent, son poids augmente, c'est bien là une preuve de l'action directe sur le bacille.

En outre, les radiographies successives viennent corroborer ce résultat en montrant une amélioration incontestable. Si on ajoute à cet examen l'analyse du sang, on remarque une augmentation très rapide des hémato blastes, le sang est bien oxygéné. Quel métal parmi les cinq qui composent le complexe de CHESNAIS donne ce résultat? On peut dire que chacun y a contribué pour sa part, mais que le *Thorium* et le *Vanadium* ont joué un rôle principal, ce dernier métal étant un puissant oxygénant.

Le fait suivant est remarquable et vient à l'appui de notre opinion : la Diazoréaction d'ERLICH, l'aldéhyde réaction sont toujours positives dans les septicémies et en particulier dans la tuberculose. Si l'on procède à ces réactions après quelques injections de ce sel, chez des tuberculeux, on remarque toujours leur négativation.

Le complexe de CHESNAIS est donc un agent catalytique de la plus haute puissance, son action par rapport aux lésions causées

par le bacille de KOCH est sclérosante et il agit de plus de façon toute particulière sur l'état général du malade.

Il est parfaitement atoxique, ne produit aucune action irritante sur les tissus, même à longue échéance comme cela peut se produire avec certaines terres rares. Les solutions préparées pour absorption par voie buccale ne causent aucune altération de la muqueuse stomacale, le chimisme de la digestion n'est aucunement entravé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1.

*Tuberculose du sommet gauche chez une adénopathique
trachéo-bronchique et cervicale.*

Germaine A....., 13 ans. — Entrée le 4 avril 1921, salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

Malade depuis plusieurs mois, bronchite, mauvais état général, laryngite, faiblesse.

A. H. — Père : asthme et bronchite chronique. Mère décédée. Nombreuses fausses-couches, enfants mort-nés et en bas âge.

A. C. — Une sœur de 14 ans chétive.

A. P. — Née à terme le 28 avril 1908. Nourrie au sein par une nourrice à la campagne. A 3 mois, broncho-pneumonie. Varicelle, coqueluche vers 8 ans. Non réglée. Mauvais état général, a toujours toussé, crache peu, sueurs nocturnes, amaigrissement de 10 livres en vingt jours. Cicatrice d'une adénite cervicale gauche incisée à 8 ans, adénite cervicale droite. Depuis un mois, tousse beaucoup plus, a perdu l'appétit, mauvaises digestions, très constipée. Depuis cinq jours, extinction de la voix. Bronchite aiguë. La veille de son entrée à l'hôpital, a eu une sorte de vomique, rejet de muco-pus.

5 avril. — Examen pulmonaire. Percussion : en avant, matité au sommet gauche. En arrière, matité aux deux sommets, surtout à gauche.

Auscultation. — Respiration soufflante avec sibilances disséminées. Phénomènes congestifs autour de ganglions, surtout à gauche. Râles très humides en avant, presque du gargouillement.

7 avril. — Température à grandes oscillations, pas de dyspnée, légère cyanose.

9 avril. — Radioscopie : Masse grise s'étendant du hile gauche jusqu'au

sommet gauche. Quelques opacités dans la région moyenne (partie externe). Sommet s'éclairant mal à la toux. Espace médian clair. En arrière le sommet gauche est plus visible qu'en avant.

13 avril. — La température est plus élevée, 39° en plateau depuis trois jours. En avant et à gauche, signes cavitaires, gargouillement. Pourtant, l'état général est bon ; pas de dyspnée, léger appétit. Les signes physiques ne semblent pas concorder avec l'état général de l'enfant. Expectoration purée de pois. Cuti-réaction. = + + Réaction de fixation. = - + Examen des crachats : bacilles de KOCH nombreux.

16 avril. — Ce matin, céphalée. Pouls rapide, 136. Ventre un peu ballonné, pas de dyspnée.

19 avril. — Température à 38°5. Base gauche : Obscurité respiratoire avec quelques râles. En avant, à gauche, souffle cavitaire plus net, gargouillement, diminution des vibrations à ce niveau.

22 avril. — Début des injections du complexe de terres rares : 2 cm³ tous les deux jours.

25 avril. — Radioscopie : L'extension parenchymateuse a gagné tout le poumon gauche, sauf extrême base et sinus. Au niveau de la région supra-hilaire gauche, tache circulaire claire entourée d'un anneau plus sombre. Spélunqué, espace rétro-cardiaque clair.

24 mai. — Les signes d'auscultation semblent présenter une légère augmentation et s'étendent à droite. La température se maintient depuis plusieurs jours entre 37 et 38°. L'état général est toujours bon, l'appétit revient, la malade augmente de poids. On augmente à 5 cm³ les injections du complexe de terres rares.

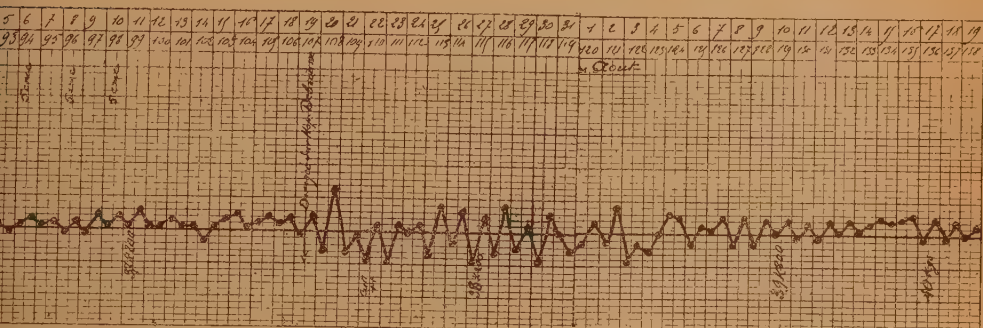
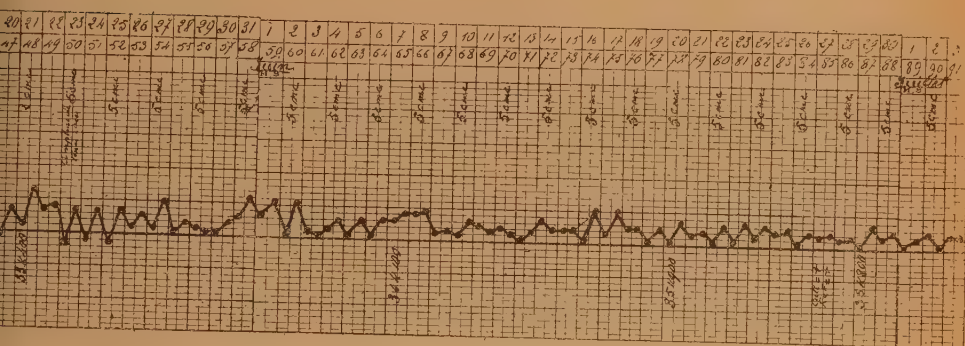
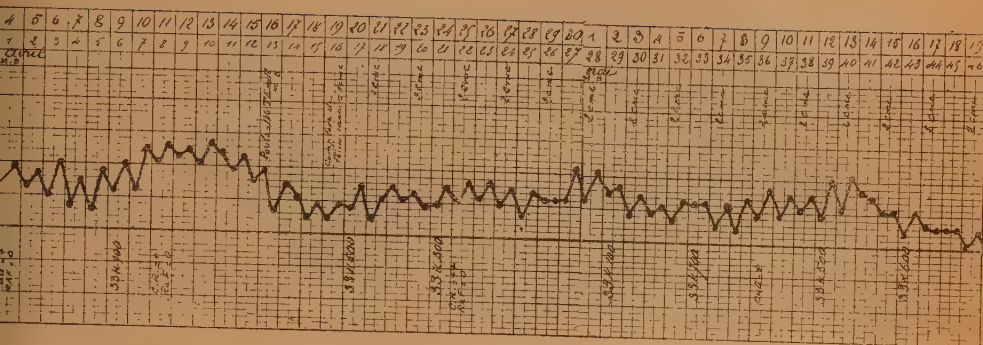
25 mai. — La température devient progressivement meilleure : 37° à 37°6. L'augmentation de poids continue, l'état général est bon. Les signes pulmonaires sont stationnaires.

Examen des crachats : Bacilles de KOCH moins nombreux.

19 juillet. — La malade est dirigée sur Debrousse avec état général excellent.

20 juillet. — Submatité légère fosse sus-épineuse gauche. Signes de ramollissement des deux sommets avec spelunquie à droite. En avant, matité sous claviculaire gauche. Spelunquie étendue. Quelques crépitations discrètes dans la région sous-claviculaire droite.

4 août. — Radioscopie : Obscurité de l'hémithorax gauche, surtout au sommet. La base semble libre. Tache claire dans la région sous-claviculaire gauche entourée d'un anneau sombre. Le sommet droit est grisâtre. Le médiastin postérieur est gris dans toute son étendue. Température vers 37°2.



OBSERVATIONS N° I. — Tuberculose du sommet gauche chez une adénopathique trachéo-bronchique et cervicale. — Avril et Août 1922.

28 septembre. — Amélioration notable de l'état général et des signes d'auscultation. En arrière, respiration soufflante du sommet gauche avec peut-être quelques sous-crépitants. En avant, spléunque à gauche. A droite rien.



28 novembre. — L'amélioration continue. Les signes pulmonaires à gauche diminuent. A droite, rien. La température se maintient à 37°-37°3.

La malade persiste dans cet état d'amélioration jusqu'au 14 mars 1922 où elle est dirigée sur l'hospice de Brévannes.

Revue le 14 août 1922. — L'enfant ne tousse plus, ne crache plus, n'a plus de fièvre, l'état général est excellent de même que l'appétit. Nous reproduisons ci-après la courbe du poids continuellement ascendante. Quant aux lésions pulmonaires, elles subsistent toujours mais notablement améliorées.

TABLEAU DU POIDS

	Kgs.		Kgs.
9 avril 1921.....	33,900	3 août 1921.....	38,500
20 —	33,500	10 —	39,800
27 —	33,300	17 —	40,000
2 mai 1921.....	33,100	24 —	40,200
6 —	33,700	31 —	41,000
12 —	33,500	7 sept. 1921.....	41,700
16 —	33,600	15 —	42,500
21 —	33,400	21 —	42,800
7 juin 1921.....	34,100	28 —	42,800
20 —	35,900	5 oct. 1921.....	42,650
29 juin 1921.....	36,800	13 —	43,000
11 juill. 1921.....	37,200	19 —	43,300
27 —	38,200	26 oct. 1921.....	43,000

	Kgs.		Kgs.
2 nov. 1921.....	42,650	24 —	45,300
3 —	44,350	4 mars 1922.....	45,350
16 —	43,450	12 —	45,600
23 —	43,800	14 —	46,000
30 —	43,600	30 —	46,000
1 ^{er} janv. 1922.....	43,900	15 avril 1922.....	46,500
8 —	44,100	29 —	47,000
16 —	44,800	16 mai 1922.....	48,000
24 —	44,950	31 —	47,200
1 ^{er} févr. 1922.....	45,000	15 juin 1922.....	47,600
8 —	45,050	30 —	47,000
16 —	45,100	15 juill. 1922.....	47,700

Le 1^{er} août : 48 kgs 500.

OBSERVATION n° 2.

Tuberculose pulmonaire sommet droit.

Odette J....., 14 ans 1/2. — Entrée le 4 janvier 1922, salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

Entrée dans le service avec des symptômes de lésions pulmonaires, a toujours toussé un peu, dit la personne qui l'a recueillie, les parents étant morts.

Depuis deux mois, son état général est moins bon. Elle maigrit, l'appétit est conservé, la toux a augmenté, peu de crachats. Se plaint de céphalées fréquentes et d'un point du côté gauche.

A. P. — Née à Paris le 20 juin 1907, a eu rougeole, compliquée de broncho-pneumonie. N'est pas réglée.

A. H. — Père mort bacillaire à 34 ans en 1918.

Mère morte bacillaire à 33 ans en 1918.

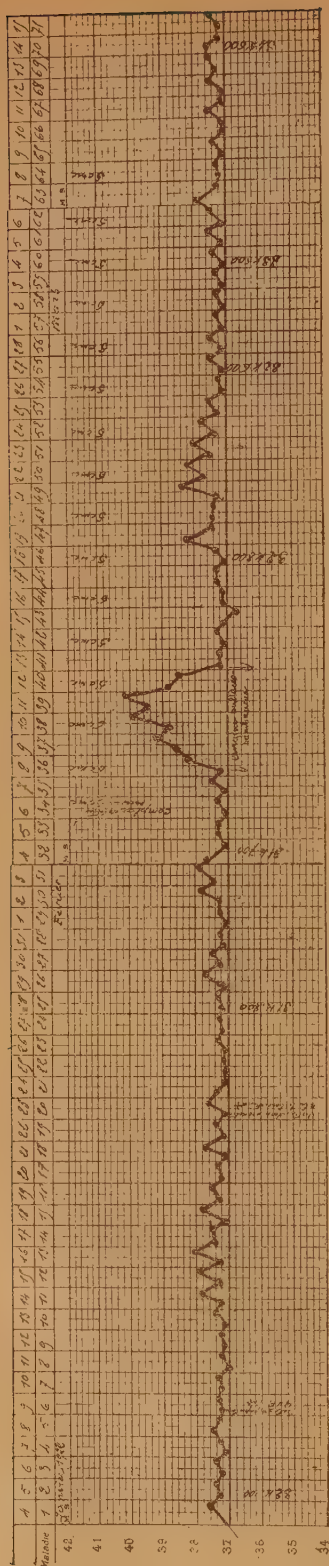
L'enfant couchait avec sa mère jusqu'aux quelques jours qui ont précédé la mort de cette dernière.

A. G. — Un frère de 19 ans bacillaire. Une sœur de 10 ans bien portante.

Examen à l'entrée : Matité aux deux sommets, prédominante surtout à droite.

Auscultation : Respiration soufflante à droite et à gauche, plus marquée à droite. Quelques râles à droite.

Voir Radiographie ci-après.



OBSERVATION N° 2. — Odette J., 14 ans 1/2. — Tuberculose pulmonaire sommet droit.

— 22 —

9 janvier. — Cuti-réaction + papuleuse, bonne défense. Réaction de fixation + + +. Les signes pseudo-cavitaires semblent se localiser moins nettement dans la partie moyenne du poumon droit en avant. C'est une transmission du souffle trachéal due ou à des ganglions, ou à une induration du parenchyme pulmonaire.

23 janvier. — Intra-dermo-réaction à la tuberculine = +.

31 janvier. — Examen des crachats : Lymphocytes, Bd K = +.

3 février. — Pas de changement à l'auscultation.

6 février. — Début du traitement par le complexe de terres rares, injections de 5 cm³ quotidiennes.

9 février. — Angine pultacéo-membraneuse.

25 février. — L'appétit augmente.

4 mars. — Matité aux deux sommets. Respiration soufflante en arrière, surtout à droite et au sommet. Pas de râles.

6 mars. — Radiographie : Diaphragme droit moins mobile que le gauche. Retrait thoracique du côté droit. Ombres hilaires surtout marquées à droite. Sommet droit encore obscur, s'éclairant mal à la toux. Sous la clavicule, région relativement obscure avec des traînées paraissant indiquer des modifications de la densité du parenchyme.

8 mars. — Matité sommet droit en avant et en arrière, submatité sommet gauche.

Auscultation. — A droite respiration soufflante en arrière au sommet, pas de souffle inspiratoire en avant. A gauche, respiration un peu soufflante.

16 mars. — La malade est dirigée sur Debrousse. Actuellement la température se maintient entre 37° et 37°5 depuis le 25 février. L'enfant a très bon appétit, figure rosée, a grossi de 1 kg. 100 en dix jours.

Le souffle trachéo-bronchique persiste toujours. Quant aux autres signes ils sont nettement diminués.

POIDS

	Kgs.		Kgs.
5 janvier.....	32,100	27 février.....	32,600
28 —	31,800	4 mars.....	33,500
4 février.....	31,700	14 —	34,600

Le 18 mars 1922 : 35 kgs 300

OBSERVATION n° 3.

Tuberculose pulmonaire sommet droit.

Adénopathie cervicale gauche subaiguë.

Renée L., 14 ans 1/2. — Entrée le 4 février 1922, salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades pour adénopathie cervicale gauche et fièvre persistante. Depuis quatre à cinq mois l'enfant maigrit et présente des petites glandes dures et roulant sous le doigt du côté gauche du cou. Il y a trois semaines environ se déclare une grippe avec céphalée, fièvre à 38°5, nausées. Cet état dure une quinzaine de jours. Vers le huitième jour de cette grippe les ganglions grossissent progressivement et deviennent du volume d'une noix comme nous les voyons à l'entrée. Depuis huit jours la température a persisté, 38°.

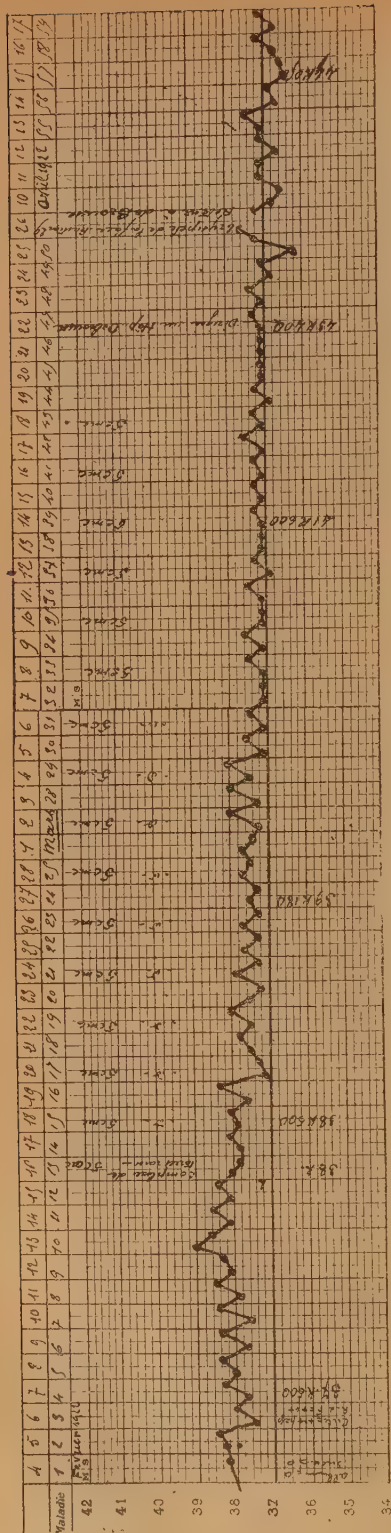
A. P. — Née à terme le 4 mai 1907 à Paris. Nourrie au sein un mois, puis au biberon. Rougeole à 5 ans. Jusqu'à 9 ans habite à la campagne. Depuis quatre ans est interne à l'école. A toujours eu de légères bronchites l'hiver. Erysipèle de la face il y a deux ans, deux récidives l'année dernière. A eu une crise d'entérite en juillet 1921 qui a duré un mois. Non réglée.

A. H. — Père et mère bien portants.

5 février. — A l'entrée pas d'albumine.

6 février. — Examen : Chaîne ganglionnaire gauche le long du sterno-cleido-mastoïdien et sous-maxillaire.

En arrière et à droite submatité. En avant et à droite submatité. Respiration soufflante à ces endroits, pas de râles. Léger amaigrissement. Expectorations muco-purulentes. Cuti-réaction = + + + papuleuse. Réaction de fixation = + + +.



9 février. — La submatité persiste toujours à droite.

11 février. — Submatité à droite. On entend la voix chuchotée jusqu'à dixième dorsale. Les ganglions ont un peu diminué, volume d'une noisette long du sterno-cléido-mastoidien. Le ganglion sous-maxillaire augmente de volume.

12 février. — La température augmente, 39°.

- 13 février. — La matité augmente
occupe tout le poumon droit.

16 février. — En avant au sommet droit, quelques crépitations, côté gauche submatité.

En arrière, à droite, quelques sillances.

On commence le complexe de terre rares en injections de 5 cm³ tous les jours.

22 février. — Examen des crachats
Bacille de KOCH +.

23 février. — Affaissement des muscles sus et sous-épineux du côté droit. En arrière, à la base droite, à la percussion on perçoit une petite différence : légère submatité correspondant à la radiographie. Respiration très soufflante et râles sous-crépitaux. En avant sommet droit quelques sibilances. Maladie en évolution.

8 mars. — Submatité des deux sommets, surtout marquée à droite. Auscultation : Diminution du murmure vésiculaire à droite. Pas de râles. Moins de transmission de la voix chuchotée jusqu'à la neuvième dorsale.

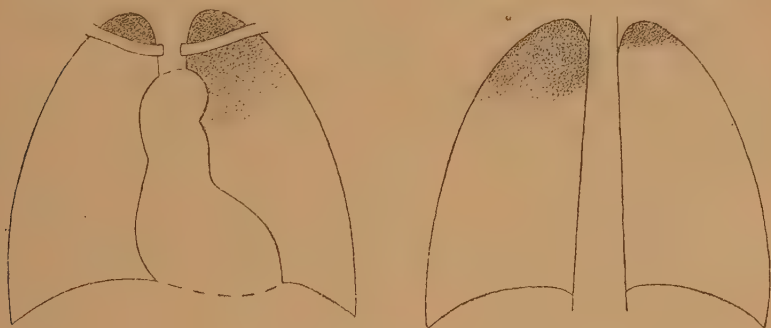
23 mars. — La malade est dirigée sur Debrousse. L'adénopathie cervicale gauche subsiste encore un peu. Les signes stéthoscopiques ont presque disparu. Légère diminution du murmure vésiculaire.

laire à gauche. Légère pleurite au sommet gauche. Très bon état général. Température, 37°.

26 mars. — Transférée au Bastion 29. Erysipèle de la face.

10 avril. — Retour à Debrousse. Température, 36°7. L'état général continue à s'améliorer et la malade a un excellent appétit. Présence de B. d. K. dans les crachats, en petit nombre.

11 avril. — Radioscopie : A droite et à gauche, les images hilaires sont entièrement floues, un peu densifiées. La chaîne ganglionnaire paraît noyée



dans le brouillard. Dans le 1/3 supérieur du poumon gauche il y a comme un léger brouillard qui s'accroît dans les deux premiers espaces intercostaux. Pendant la toux le sommet gauche s'éclaircit imparfaitement. Légère pleurite du sommet gauche déjà signalée. Le 22 avril, la malade est dirigée sur l'hôpital de Brevannes.

14 août. — Revue. A eu encore deux poussées d'érysipèle. A droite et à gauche on n'entend plus de signes notables. Pas de râles, ni de frottements. L'état général est excellent. Pas de fièvre. Très bon appétit.

POIDS

	Kgs.		Kgs.
7 février.....	37,500	29 avril.....	45,800
15 —	38,000	Du 1 ^{er} au 7 mai, érysipèle	
19 —	38,500	de la face.	
27 —	39,180	16 mai.....	44,300
4 mars.....	39,180	15 juin.....	45,000
14 —	41,600	30 —	45,600
22 —	43,400	Du 6 au 13 juillet, érysipèle	
13 avril.....	44,050	de la face.	
23 —	45,200	15 juillet.....	45,500
Le 1 ^{er} août : 46 kgs 300			

OBSERVATION n° 4.

*Infiltration pleuro-pulmonaire
du poumon gauche d'origine tuberculeuse.*

Yolande L., 8 ans 1/2. — Entrée le 17 février 1922, salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

L'enfant entrée à l'hôpital parce que son médecin craint la tuberculose. Depuis le 2 janvier a eu à deux reprises la grippe. La première fois, — début 2 janvier, durée quinze jours, — forme pulmonaire ; la deuxième fois, — début fin janvier, — forme pulmonaire ; depuis cette époque l'enfant ne s'est pas relevée. Tousse beaucoup, fièvre le soir. Pensionnaire depuis trois ans.

A. P. — Née à terme à Paris, n'a jamais été malade jusqu'à l'été 1921, où elle fait une coqueluche ; depuis, tousses toujours.

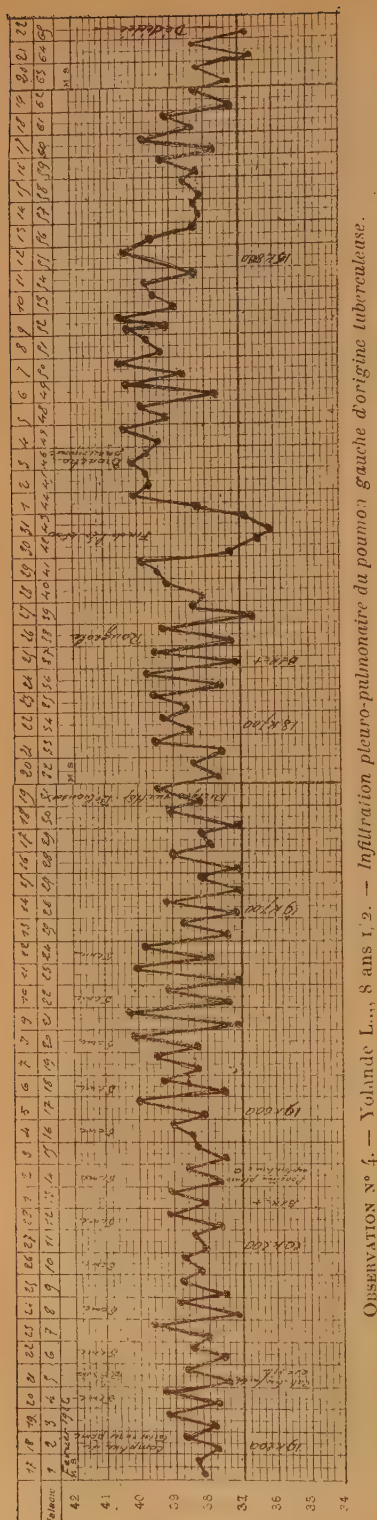
A. H. — Père bien portant.

Mère bien portante.

12 février. — *Examen* : Matité dans tout le poumon gauche, gros frottements et souffle expiratoire. Ramollissement du sommet gauche.

18 février. — *On commence les injections de 5 cm³ de complexe de terres rares tous les jours.*

27 février. — *Radiographie* : Opacité complète bloquée dans tout l'hémithorax gauche de la base au sommet. Région sus-claviculaire comprise, avec quelques taches un peu moins sombres dans la région sous-claviculaire. Diaphragme gauche immobile. Le cœur ne déborde pas à droite



du sternum. Il est complètement dévié à gauche. L'espace retro-cardiaque est clair en haut et en bas.

1^{er} mars. — Examen des crachats. Bd K = +.

2 mars. — Ponction exploratrice côté gauche = Négative.

4 mars. — En arrière, matité dans tout le poumon gauche, gros souffle presque caverneux à la partie moyenne. Craquements. Râles humides à la partie supérieure du poumon gauche.

5 mars. — Soir, température 40°, pouls, 128.

6 mars. — En avant, matité à la partie supérieure du poumon gauche. Souffle, gros râles humides.

8 mars. — Mêmes signes. Pouls, 112. Réaction péritonéale. Météorisme, douleur à la palpation. Pas d'hyperesthésie.

9 mars. — En avant : Gros souffle à tonalité tubaire au-dessus du mamelon gauche, gros râles humides.

En arrière : Gros souffle plus intense, et de même tonalité avec gros râles humides. Le sommet et la base gauche semblent moins infiltrés. Moins de râles.

11 mars. — Respiration moins soufflanté. Pouls, 108. A gauche et en avant, matité, nombreux râles humides. A gauche et en arrière, la matité tend à se transformer en submatité à la partie supérieure du poumon; à la partie inférieure et à la base, matité franche. Gros frottements pleuraux. Transmission de la voix chuchotée. Pas d'égophonie. Pouls, 112.

13 mars. — Mêmes signes. Pouls, 108.

14 mars. — A gauche et en avant, mêmes signes. A gauche et en arrière, partie moyenne de l'espace omo-vertébral, son tympanique cavitaires à la percussion. Souffles cavitaires, pas de râles. Au sommet et à la base du même côté, matité, râles humides nombreux, plus de frottements.

15 mars. — A gauche et en arrière, matité sommet et base, à la partie médiane, sonorité plus claire, son presque tympanique.

Auscultation : Gros souffle; à la fin de l'expiration, petit bruit de clapet. En avant, matité complète. Pluie de râles. Souffle légèrement perceptible. Sur la ligne axillaire sur toute son étendue, gros râles humides aussi bien expiratoires qu'inspiratoires. A droite, rien d'anormal. Pouls, 104. Tension artérielle au Pachon. 9 1/2 — 5.

16 mars. — Pouls, 84. Irrégulier, arythmique.

A gauche : En arrière-sommet, à la fin de l'expiration bruit de clapet. Partie moyenne, souffle à tonalité tubaire, souffle expiratoire. Base : La respiration semble presque normale. En avant, mêmes signes que la veille. A droite, rien d'anormal.

17 mars. — Pouls, 142, très frappé. Vomissements. État général plus grave, l'enfant semble plus abattue.

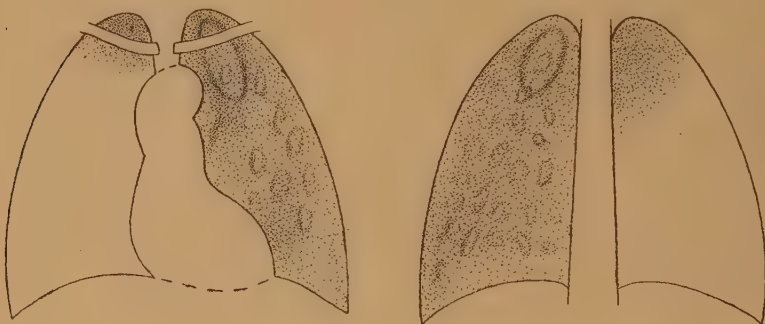
19 mars. — Le poumon gauche semble s'assécher.

En arrière : Matité complète. On entend dans la partie moyenne près du rachis un gros souffle bronchique que prend un timbre amphorique et tend à disparaître à mesure que l'on ausculte plus bas en dehors.

En avant, et dans la région de l'aisselle, les râles humides sont moins nombreux. L'état général de l'enfant est stationnaire. Son pouls est mieux frappé et bat à 104.

20 mars. — Dirigée sur l'hospice Debrousse.

23 mars. — Radiographie : Obscurité généralisée à tout l'hémithorax gauche. Petite spélunque dans le deuxième espace intercostal. Au sommet



et à la base l'obscurité est un peu diminuée et inégale. Elle est maxima autour du hile. A droite, aspect granulé du sommet avec sortes de calcification à la partie externe du deuxième espace intercostal.

25 mars. — Examen des crachats : Bd K +.

26 mars. — Éruption de rougeole.

31 mars. — Fin de l'éruption.

2 avril. — Foyers de broncho-pneumonie.

23 avril. — Mort.

24 avril. — Autopsie. — Le poumon gauche est très adhérent à la plèvre pariétale. Le péricarde est également presque adhérent.

Poumon gauche : L'incision du poumon montre une vaste caverne à contenu purulent occupant le sommet et le tiers moyen du poumon. La base est légèrement infiltrée de tissu scléreux, mais à la coupe cette sclérose présente une infiltration caséuse.

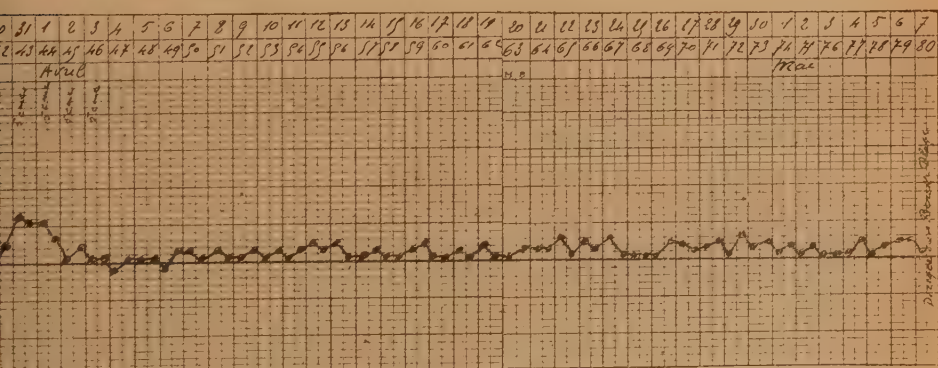
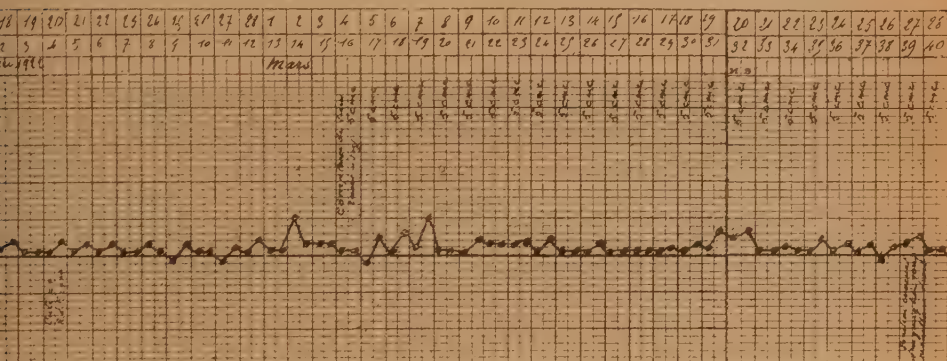
Poumon droit : Paraît sain et présente simplement quelques zones de granulie terminale.

Reins, foie, cœur, normaux.

OBSERVATION n° 5.

Adénopathie cervicale et adénopathie trachéo-bronchique bilatérale tuberculeuse.

Marie R..., 8 ans. — Entrée le 17 février 1922 salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades. La mère conduit



OBSERVATIONS N° 5. — Marie R., 8 ans. — Adénopathie cervicale et adénopathie trachéo-bronchique bilatérale tuberculeuse.

son enfant à l'hôpital parce qu'elle a des glandes au cou et, de plus, des boutons sur les deux jambes. Les glandes ont apparu il y a environ deux mois. Les boutons sur les jambes, il y a six jours environ.

A. P. — Née à terme. Rougeole à 4 ans

A. H. — Parents bien portants.

A. C. — Six autres enfants bien portants. Un mort de broncho-pneumonie.

Examen. — Membres inférieurs : pyodermite. Adénopathie cervicale gauche bacillaire. Adénopathie trachéo-bronchique. Submatité bilatérale en arrière. A l'auscultation, presque rien; la voix chuchotée se perçoit très bas. En avant submatité à droite et résistance aux doigts.

27 février. — *Radioscopie* : sommet gauche légèrement voilé. Ombre diffuse élargie du hile droit.

Le 5 mars on commence le complexe de terres rares, 5 cm³ tous les deux jours.

7 mai. — L'état général est satisfaisant. L'appétit laisse un peu à désirer. Symptômes pulmonaires très améliorés. Dirigée vers Berck-Plage en très bon état. Les ganglions cervicaux ont diminué de plus de moitié.

OBSERVATION n° 6.

Tuberculose pulmonaire et entéro-péritonéale.

Louise P., 15 ans. — Entrée le 18 février 1922 salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

L'enfant se plaint d'un point de côté et d'une diarrhée continuelle. Depuis quatre mois, a maigri de 4 kg. Anorexie très marquée. Depuis un mois les cheveux tombent abondamment. Tousse depuis quinze jours, plus la nuit. Crachats abondants.

Un point de côté à droite, apparu il y a quatre mois, a duré deux mois puis s'est manifesté à gauche. Douleur marquée, surtout la nuit. Les premières règles sont apparues il y a un an environ (janvier 1921) et sont venues régulièrement chaque mois. En août 1921, cessation brusque des règles jusqu'à ce jour. Céphalées fréquentes (frontales). Vomissements alimentaires et bilieux. Depuis trois semaines, après chaque repas, vertiges et diarrhées continuelles, mauvaises digestions. La diarrhée n'a cédé devant aucun traitement. Depuis le 10 février, la température oscille entre 38° et 39°. Transpiration nocturne abondante.

A. P. — Née à terme, le 20 février 1907. Nourrie au sein maternel durant quinze mois. A 22 mois, croup, scarlatine, bronchite, soignée pendant trois mois à l'hôpital Bretonneau. A fait ensuite un séjour d'un an

et demi à la campagne. Tousse chaque hiver. A 4 ans, rougeole suivie de varicelle. A 8 ans, 2^e rougeole.

A. H. — Père mort en 1919 de congestion cérébrale. Toussait fréquemment. Rhumatisant.

Mère : adénopathie cervicale droite bacillaire opérée deux fois.

A. C. — Deux autres enfants vivants de 17 et 9 ans bien portants, un autre mort à 13 mois de méningite.

19 février. — *Examen* : Poumon. Abolition des vibrations à droite et à gauche au 1/3 inférieur. Vibrations normales à la partie supérieure.

En arrière : matité aux deux bases. Matité au sommet droit et au sommet gauche, plus marquée à gauche. Râles aux deux sommets, frottements au 1/3 moyen à droite. La percussion est *douloureuse au sommet gauche principalement* et à droite.

En avant : matité marquée au sommet gauche. Frottements sur la ligne axillaire au 1/3 moyen gauche.

Abdomen. — Ballonné. Palpation douloureuse (a eu des troubles vésicaux). Spasme intestinal cédant à la palpation. Il existe un semis de granulations intestinales.

Pas d'albumine. Pas de sucre.

20 février. — *Examen* des crachats : bacilles de KOCH. Cuti-réaction = +
Réaction de fixation = +.

21 février. — *On commence à faire des injections quotidiennes de 5 cm³ de complexe de terres rares.*

27 février. — Percussion toujours douloureuse en arrière, surtout au sommet gauche. L'enfant souffre d'un point douloureux sous la clavicule gauche.

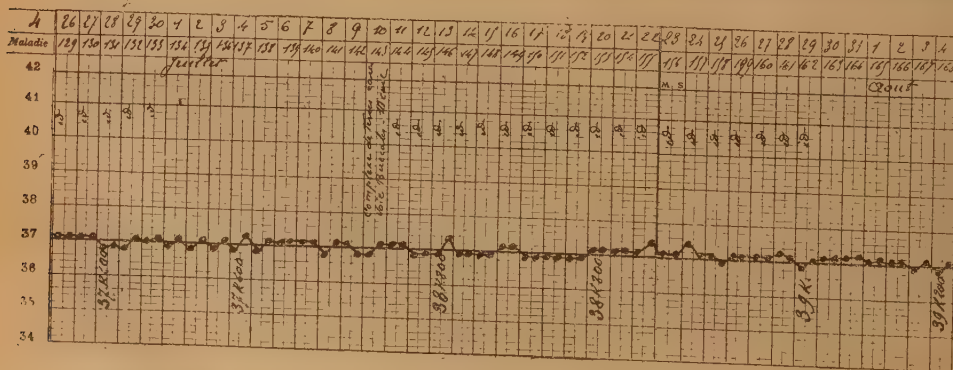
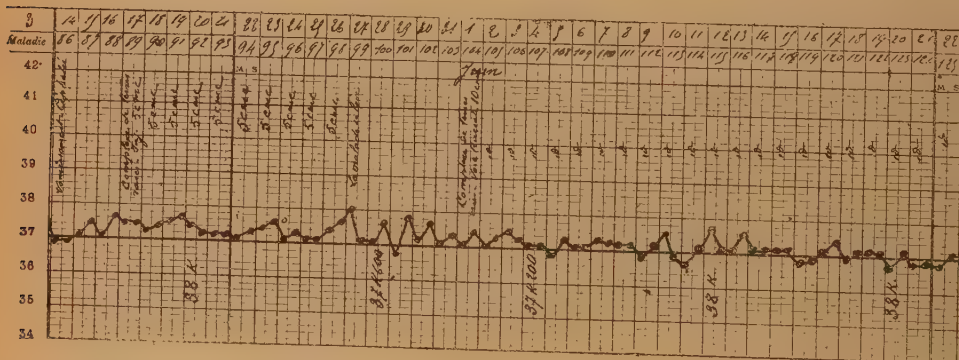
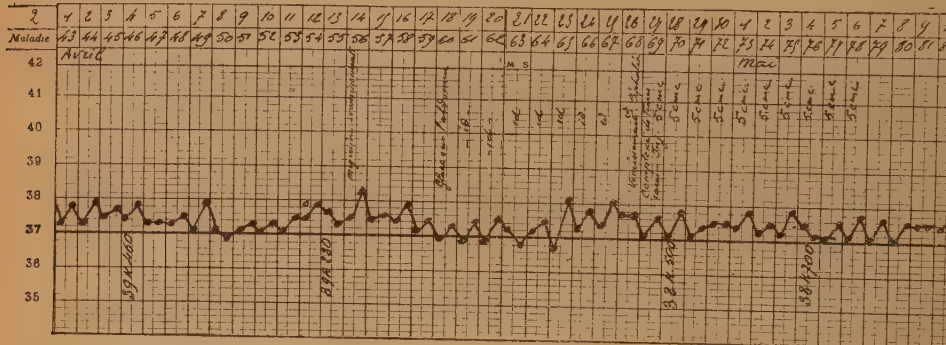
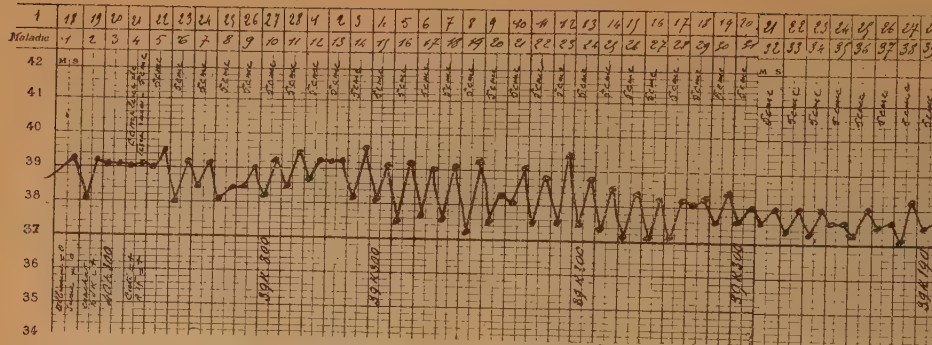
2 mars. — Percussion très douloureuse à gauche et en arrière. Tuméfaction et un peu de rougeur du cou au niveau du lobe gauche du corps thyroïde.

4 mars. — Tuméfaction douloureuse sur la face antéro-externe gauche du cou. Un peu d'œdème. Circulation collatérale. Auscultation : frottements pleuraux. Infiltration assez marquée. La toux s'est atténuée. La submatité à gauche moins marquée. Percussion moins douloureuse. En arrière, sommet gauche, respiration granuleuse.

6 mars. — Mêmes signes, mais atténués.

8 mars. — En arrière : submatité. A droite, quelques craquements.

11 mars. — L'œdème rétrocede, palpation moins douloureuse, ganglions dans l'aisselle gauche. En avant et à gauche : diminution du murmure



OBSERVATIONS N° 6. — Louise P., 15 ans. — Tuberculose pulmonaire et entéro-péritonéale.

vésiculaire. L'auscultation semble normale partout ailleurs. Abdomen un peu météorisé et douloureux à la palpation.

13 mars. — En avant et à gauche, l'œdème et la circulation collatérale subsistent encore un peu. Ganglions sous l'aisselle. Sur le bord axillaire du poulmon droit à la base, douleur spontanée et à la percussion matité. Quelques frottements pleuraux. En arrière et à droite : à la base du poulmon, quelques frottements rudes.

23 mars. — L'œdème a presque complètement disparu mais il subsiste toujours de la circulation collatérale à gauche.

En avant : sommet gauche, matité.

En arrière : partie moyenne du poulmon gauche : quelques frottements pleuraux. Douleurs localisées à cette région. L'abdomen est un peu douloureux à la palpation surtout du côté gauche. Il n'est pas météorisé mais semble empâté.

2 avril. — Abdomen dur et douloureux surtout à gauche à la palpation et à la pression.

8 avril. — Vomissements bilieux abondants. Nausées, céphalée intense. Pas d'ascension de la température. Douleur à la palpation de l'abdomen, surtout dans la région de l'hypocondre gauche. Pas de changement du côté pulmonaire.

13 avril. — L'enfant ne présente que peu de signes pulmonaires. L'abdomen est douloureux à la palpation. On perçoit toujours des gâteaux. Douleurs spontanées. Selles diarrhéiques. Légère élévation de la température : 37°8.

18 avril. — Glace sur le ventre.

27 avril. — Vomissements, nausées. Céphalée intense. Palpation de l'abdomen, gâteaux péritonéaux. Masse perceptible à la partie moyenne et au niveau de l'hypocondre gauche. Au-dessous et à gauche, l'abdomen semble plus souple.

6 mai. — Deux masses localisées à la partie supérieure de l'abdomen, épiploïques. Pleurite aux deux bases.

3 août. — Très bon état général.

En arrière : aux deux bases : submatité, obscurité respiratoire. Légers frottements. Légère pleurite à gauche.

En avant : Submatité du côté gauche. Plus de douleurs à la percussion. Diminution notable des signes stéthoscopiques. Respiration faible dans les deux poulmons surtout à gauche. L'abdomen n'est plus douloureux, a repris sa souplesse. Masse localisée partie supérieure gauche.

6 août. — L'enfant est dirigé sur l'hospice de Brévannes.

POIDS

	Kgs.		Kgs.
19 février.....	40,300	13 mai.....	38,800
27 —.....	39,800	20 —.....	38,000
4 mars.....	39,300	28 —.....	37,600
12 —.....	39,200	4 juin.....	37,900
20 —.....	39,300	13 —.....	38,000
28 —.....	39,190	20 —.....	38,000
4 avril.....	39,460	28 —.....	38,200
13 —.....	39,280	4 juillet.....	38,600
20 —.....	39,300	13 —.....	38,800
28 —.....	38,500	20 —.....	38,900
4 mai.....	38,700	28 —.....	39,000

Le 4 août : 39 kgs 200.

OBSERVATION n° 7.

Ascite tuberculeuse.

Marcelle H..., 12 ans 1/2 — Entrée le 31 mars 1922 salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

L'enfant entre à l'hôpital parce que : 1° Il y a huit jours elle a ressenti des douleurs abdominales avec selles liquides noirâtres; 2° Son abdomen a augmenté de volume depuis deux à trois jours.

C'est à la suite de l'apparition de ces signes que l'on mande un médecin qui diagnostique « ascite essentielle » et fait motiver l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Le début aurait eu lieu vers le 15 mars par des douleurs abdominales, des coliques, un peu de diarrhée. Il y a trois jours seulement, l'enfant se plaignant davantage de douleurs abdominales, on constate une augmentation du volume du ventre.

A. H. — Père bien portant. Douleurs intercostales, point de côté. Mère morte à la suite d'une pleurésie.

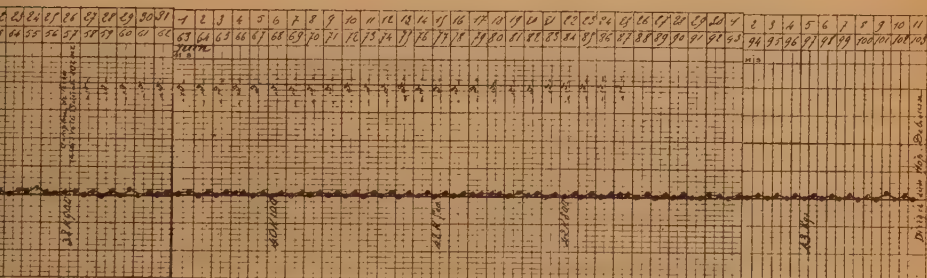
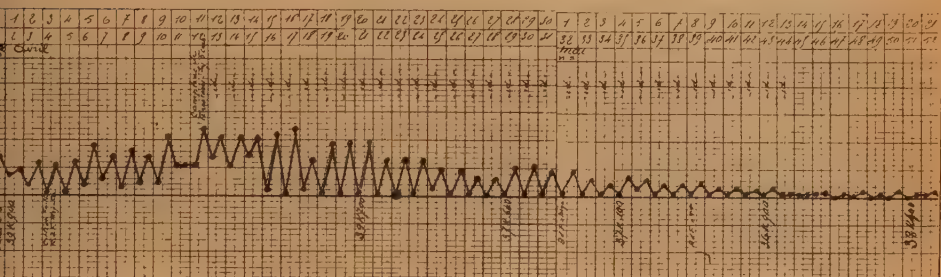
A. P. — L'enfant s'est toujours bien développée. A eu une angine diphtérique il y a cinq ans. Rougeole et varicelle.

A. C. — Une sœur de 18 ans bien portante. Une autre sœur morte à 3 ans de méningite.

Examen Ascite libre. Peu de circulation veineuse collatérale. Foie plutôt petit. Cœur : la pointe est repoussée en haut et à gauche. La pointe se trouve au-dessus du mamelon.

Poumons : percussion normale. Auscultation des poumons ne montre rien d'anormal en avant ni en arrière. Voix voilée. L'enfant a maigri, peau sèche. Pas de sucre ni d'albumine.

11 avril. — Injection quotidienne de 5 cm³ de complexe de terres rares.



OBSERVATION N° 7. — Marcelle H..., 12 ans 1/2. — Ascite tuberculeuse.

13 avril. — Mêmes signes au niveau de l'abdomen. Pousée de température 39° coïncidant avec l'apparition de frottements pleuraux du côté gauche, à la base et sur la ligne axillaire.

26 avril. — L'ascite diminue progressivement. Poumons : obscurité respiratoire, plus de frottements.

10 mai. — L'ascite a beaucoup diminué. On perçoit toujours de l'emphatisme. Poumons : les signes de pleurite de la base gauche sont atténués. Voix toujours légèrement voilée.

13 mai. — Plus de fièvre, 37°. Il semble ne plus y avoir d'ascite dans l'abdomen. Les signes pleuraux subsistent encore.

7 juin. — Depuis le 10 mai, température à 37°. Augmentation de poids, 3 kg. Plus de liquide dans l'abdomen. Plus de signes pleuraux.

11 juillet. — L'enfant est dirigée sur Debrousse. L'état général est parfait. Bon appétit. Poids, 43 kg. Plus de signes d'ascite. Plus de signes pleuraux. Voix normale.

POIDS

	Kgs.		Kgs.
1 ^{er} avril	39,900	20 mai	38,400
20 —	39,700	26 —	38,900
28 —	37,640	6 juin	40,100
4 mai	37,100	15 —	42,500
12 —	36,900	22 —	42,800

Le 4 juillet : 43 kgs.

OBSERVATION n° 8.

Tuberculose pulmonaire avec spelunque gauche.

Marie L....., 14 ans. — Entrée le 24 mai 1922, salle de Chaumont, service de M. le docteur AVIRAGNET aux Enfants-Malades.

La mère fait entrer son enfant parce que, depuis le 16 avril :

1° Elle est très essoufflée; 2° a de la fièvre, depuis le début de mai surtout; 3° tousse beaucoup; 4° crache et est devenue très faible. Amaigrissement notable.

Vers le 16 avril, les parents consultent un médecin qui met l'enfant en observation et au grand air. L'état empire, fièvre plus accentuée. Douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque droite. L'enfant est conduite au dispensaire Léon BOURGEOIS, le 24 mai, où on conseille l'hospitalisation.

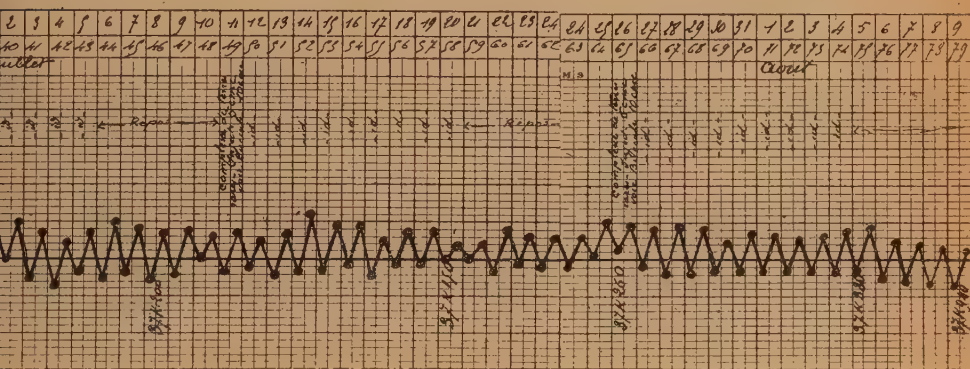
A. P. — Née à terme le 20 août 1908. S'est bien développée, pas de maladies. C'est vers le 16 avril 1922, étant en pension, que l'enfant présente pour la première fois les symptômes qui la conduisent à l'hôpital. N'est pas encore réglée. N'a pas eu d'hémoptysie.

A. H. — Mère bien portante. Père bien portant avant la guerre. Bacillaire actuellement, soigné hôpital BEAUJON (pneumothorax artificiel).

A. C. — Un enfant mort de méningite à 7 ans.

Examen : poumon. En arrière, à gauche, matité au sommet. Craquements et gargouillements. Souffle à timbre caverneux siégeant au 1/3 supérieur. Râles humides. A droite : respiration très soufflante. Souffle trachéobronchique intense des deux côtés. En avant : mêmes signes.

27 mai. — Injection quotidienne de 5 cm³ de complexe de terres rares.



POIDS

	Kgs.		Kgs.
26 mai.....	36,200	19 —	37,150
28 juin.....	37,200	25 juillet.....	37,260
8 juillet.....	37,200	3 août.....	37,380
Le 9 août : 37 kgs 940.			

OBSERVATION n° 9.

Tuberculose pulmonaire chez un adolescent.

(COMMUNIQUÉE)

Paul M....., 17 ans. — Aucun antécédent familial, père et mère vivants. Sœur plus jeune en très bonne santé. Aucun antécédent personnel. A contracté la grippe en 1918; fait ses études au lycée, prépare Polytechnique.

Mars 1919. — Se plaint de ne pouvoir plus se livrer à ses études. Transpirations nocturnes fréquentes. Petite toux sèche. Aucune expectoration. A maigri de 4 kgs depuis six mois. N'a plus d'appétit.

Auscultation. — Sommet gauche : matité en arrière dans la fosse sus-épineuse, matité en avant. L'expiration est prolongée et le murmure vésiculaire très diminué en avant et en arrière. Quelques râles disséminés, la radio montre le sommet gauche sombre et de nombreux ganglions dans tout le poumon gauche. Le poumon droit est clair.

Traitement par le complexe de terres rares. Trois séries de 12 injections de 10 cm³ sans interruption. Une chaque deux jours. Le malade ne veut pas absorber le complexe par voie buccale. Vers la 20^e injection, l'état se modifie. Le malade essaie de reprendre ses études, mais l'appétit diminue à nouveau. Le poids, qui avait augmenté de 1 kg. 1/2, fléchit à nouveau. Les études sont définitivement interrompues.

Trois nouvelles séries en septembre, octobre et novembre 1919. Le poids est redevenu normal. Plus de sueurs nocturnes Température normale.

Deux nouvelles séries de 12 injections en avril, mai 1921. Le malade prend du complexe par la voie buccale en août, septembre et octobre 1921, séjour prolongé à la campagne quatre mois.

Se présente au conseil de révision en 1921 avec certificats indiquant sa maladie. Est pris bon. Revu à son arrivée au corps et maintenu. La respiration paraissait en effet normale aux deux sommets.

Le malade a été revu en juillet 1922. Supporte fort bien le service militaire. A augmenté de 5 kgs, ne présente plus aucun signe d'affaiblissement, ne tousse jamais, plus de transpirations nocturnes.

Il présente cependant une très légère submatité à la fosse sus-claviculaire gauche. La respiration est normale.

État apparent de guérison.

OBSERVATION n° 10

Tuberculose pulmonaire chez un adulte.

(COMMUNIQUÉE)

Paul Reg....., 23 ans. — Père vivant, mère morte à 35 ans d'une bronchite qui aurait duré deux ans.

Maladies de l'enfance normales. A fait la campagne de 1914-1918. En 1919, peu de temps après la démobilisation, contracte la grippe. Ne se remet pas de cette maladie. Maigrit environ de 3 à 400 grammes par mois. Toux sèche chaque matin, transpirations nocturnes abondantes, Appétit nul. Aucune force pour exercer son métier (employé de commerce).

Poumon droit : matité en avant dans la fosse sus-claviculaire, quelques sibilances. Expiration prolongée. En arrière, matité moins prononcée; le poumon gauche est sain. Est vu en février 1921. *Traitement par le complexe de terres rares institué dès ce moment.* Ingestion par voie buccale. Injections de 10 cm³ tous les deux jours pendant trois mois. Repos un mois, puis reprise pendant deux mois. Le poids au mois d'octobre 1921 est de 53 kgs. L'auscultation présente une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet droit. Matité très légère et beaucoup diminuée. Poids, 60 kgs; augmentation de 7 kgs sur la première pesée. La toux a disparu. L'appétit est normal, meilleur même qu'il n'a jamais été, dit le malade. Nouvelle série de 12 injections en janvier.

En mars le malade, après un examen fait par le médecin de l'administration, est accepté pour le Maroc. Paraît être *complètement guéri, actuellement.*

OBSERVATION n° 11

Tuberculose pulmonaire chez un adulte.

(COMMUNIQUÉE)

Antonin A....., né le 3 avril 1883. — Aucun antécédent familial, père et mère vivants et bien portants. Trois enfants de 14, 15 et 16 ans 1/2 bien

portants et ne présentant aucune tare. Aucun antécédent personnel, maladies de l'enfance normales, quelques bronchites mais qui ont cédé au traitement. Taille : 1 m. 68, poids : 65 kgs en 1908.

En 1909, est pris subitement d'une hémoptysie qui ne se renouvelle pas. Présente à cette époque très légère congestion du sommet droit. Part à la campagne pendant quatre mois. Présente au retour une très légère submatité de la fosse sus-claviculaire droite. Respiration normale en arrière. A maigri de 2 kgs qu'il a repris pendant son repos. Traitement par injections de cacodylate de soude. Le malade a repris ses occupations.

En 1911, fait une fistule anale qui est opérée et guérie.

En 1913, fait une pleurésie droite non purulente. La température ne dépasse pas 38°.

En 1914, est pris service auxiliaire, puis réformé.

En 1916, pneumonie double. Le malade tombe à 60 kgs. Remis de sa pneumonie, sans toutefois retrouver ses forces et son état général antérieur, néglige de se soigner et décline.

Reçoit des soins en 1918. Cacodylate de soude, révulsion, etc. Enfin, en septembre 1919, le malade ne peut plus quitter le lit, mange à peine, est tombé à 52 kgs 200. Expectoration purulente allant quelquefois jusqu'à deux grands crachoirs de lit par jour. Température matinale variant de 38 à 38°5; vespérale : de 39 à 40°8.

La percussion indique la présence de cavernes nombreuses dans tout le lobe supérieur droit. On entend des râles humides dans tout ce poumon.

Matité en avant et en arrière au sommet gauche, sibilances. La dyspnée est intense à chaque effort. Le malade peut à peine manger seul. Cœur normal.

A cette date (septembre 1919), le traitement par le complexe de terres rares est institué sans ménagements, 10 cm³ intramusculaires chaque deux jours, trois cuillerées à potage de la solution buccale par jour. Au bout de trois semaines, l'appétit revient peu à peu, la température vespérale diminue, le malade commence à reprendre des forces. Les injections sont continuées à raison de 12 par mois, le complexe est pris par voie buccale sans interruption.

En mars 1920, le malade commence à se lever. L'expectoration a diminué. Le malade expectore le matin, presque pas la journée. La toux diminue progressivement. Le poids se relève.

En avril 1920, le malade, qui était chef d'industrie, peut reprendre la direction de ses affaires, sort en voiture visiter sa clientèle. L'appétit n'est cependant pas encore normal, mais le malade mange par volonté et ne vomit plus. Cet état se prolonge en s'améliorant lentement. Le malade peut vaquer à ses affaires presque normalement.

Au mois de janvier 1921, le malade est atteint de la grippe et meurt le 15 janvier avec phénomènes méningés. Le poumon gauche était cicatrisé à l'auscultation, le poumon droit amélioré.

OBSERVATION n° 12

Tuberculose pulmonaire chez une adulte.

(COMMUNIQUÉE)

M^{me} Jeanne B....., née le 3 mai 1893. — Née à terme. Réglée à 11 ans. De 1 à 12 ans, bronchites répétées. Toussant tous les hivers. Maladies d'enfance se présentant cependant sans complications.

Depuis 1917, se faisait soigner pour une bronchite qui aurait suivi une grippe espagnole contractée à cette époque. Pesait 55 kgs avant cette grippe et était descendue à 45 kgs. Pas d'antécédent familial, père et mère vivants.

Se marie en octobre 1919, contracte une angine. Nous constatons de la bronchite légère généralisée, congestion des deux sommets, plus prononcée à droite. Matité en avant. Respiration légèrement soufflante, surtout à droite. Révulsion. *Complexe de terres rares par voie buccale*, 10 injections de 5 cm³, une tous les deux jours. La température est peu élevée et varie de 37°8 à 38°4 le soir. La faiblesse générale est très prononcée. Poids : 45 kgs 200. L'appétit est nul et la malade ne mange que par raison. La toux est sèche et fréquente le matin et le soir. Pas d'expectoration; en janvier, février, mars 1920, deux séries de 12 injections de 10 cm³.

La radiographie faite par le docteur CHABRY donne :

Côté droit : sommet sombre dans la région sus-claviculaire. Congestion intense de la région sous-claviculaire et des deux lobes, moyens et inférieurs. Grosse adénopathie trachéo-bronchique.

Côté gauche : région sus-claviculaire : sommet sombre, congestion intense du lobe supérieur et inférieur dans toute son étendue avec cul-de-sac costo-diaphragmatique sombre.

Dès la 2^e série d'injections, l'appétit est revenu très progressivement. Le poids, en mars 1920, est remonté à 46 kgs 800.

En octobre, novembre et décembre 1920, 24 nouvelles injections. Entre temps, absorption régulière du complexe de terres rares par voie buccale. Deux cuillerées à potage par jour.

En décembre 1920, poids : 48 kgs 500.

En 1921, deux séries d'injections de 10 cm³, absorption par voie buccale pendant deux trimestres. Le poids se maintient entre 48 et 49 kgs. L'appétit

est bon, pas de sueurs nocturnes, la toux peu fréquente, n'existe que le matin. La malade continue à exercer sa profession (téléphoniste), aucune expectoration.

Février 1922. — Nouvelle série de 12 injections. Fait une angine grippale en mars 22, guérison rapide. Actuellement, le poids est de 50 kgs 800 (taille, 1 m. 62).

La radio faite le 20 août 1922 par le docteur CHABRY donne :

Côté droit : sommet à peine sombre dans la région sus-claviculaire. Congestion notablement diminuée dans la région sous-claviculaire et dans les lobes moyens et inférieurs. Adénopathie très diminuée et en voie certaine de régression.

Côté gauche : région sus-claviculaire, sommet clair. A peine quelques traces de congestion dans les lobes supérieurs et inférieurs. Sinus costo-diaphragmatique clair.

La malade n'a pas interrompu son travail. N'a pu suivre un traitement plus intense, mais sent très nettement son amélioration et poursuit son traitement.

Conclusion. — Amélioration très notable à gauche, côté droit en voie de régression très nette malgré le peu d'intensité du traitement.

OBSERVATION n° 13

Tuberculose pulmonaire chez un adulte.

(COMMUNIQUÉE)

M. Georges B....., né le 16 mai 1880. — Aucune maladie sérieuse d'enfance. Aucun antécédent familial. Père vivant, 88 ans (août 1922). Mère morte à 70 ans.

Depuis le courant de juillet 1919, se sentait plus faible, transpirait souvent la nuit, ressentait de la fatigue chaque jour et de la lassitude vers 4 heures. Toussotait légèrement le matin, perdait du poids sans avoir jamais porté importance à tous ces symptômes. Continuait ses occupations d'employé de commerce lorsque, le 20 janvier 1921, il est pris d'une hémoptysie abondante, brutale, avec température de 38°5. Repos au lit. Révulsion. Expectoration sanguine pendant quatre jours, puis expectoration purulente avec bacilles de KOCH, la température se maintient à 37° le matin, 38 à 38°5 le soir. Congestion du sommet droit. Matité en avant et en arrière, petits râles humides en avant vers le 3^e jour. Congestion du sommet gauche, légère matité en avant. La température tombe, le 30 mars, à 37°5 le soir, le malade se lève. La première pesée donne 64 kilos.

Dès le 3^e jour, le malade absorbe par la voie buccale le complexe de terres rares. A partir du 15 avril, le malade reçoit une injection intra-musculaire chaque deux jours du complexe de terres rares, tout en continuant l'absorption par voie buccale.

L'appétit, qui avait totalement disparu, revient rapidement en même temps que le moral, très frappé, s'améliore. Les sueurs nocturnes disparaissent, la température redevient normale dès fin avril.

Le malade prend régulièrement son poids :

	Kgs.		Kgs.
31 mars 1921.....	64,000	1 ^{er} août 1921.....	72,500
27 avril 1921.....	66,000	3 sept. 1921.....	74,800
1 ^{er} mai 1921.....	69,000	3 oct. 1921.....	74,600
30 juin 1921.....	70,700	4 janv. 1922.....	74,700
2 juill. 1921.....	71,800	6 juin 1922.....	74,600

Le 18 août 1922 : 76 kgs 790

Le malade a reçu en cinq séries de deux en deux mois, 60 injections de complexe de terres rares. Il a cessé de prendre le complexe par la voie buccale dès janvier 1922. Actuellement, légère submatité en avant à droite. Très légère diminution du murmure vésiculaire. Aucun râle, aucune toux, plus de sueurs nocturnes, appétit et forces normales.

Radiographie faite par le docteur CHABRY :

2 février 1921. — Poumon droit : congestion et surtout grosse adénopathie. Congestion du lobe supérieur et moyen.

29 août 1922. — Poumon droit : diminution considérable de la congestion et disparition presque complète de l'adénopathie.

2 février 1921. — Poumon gauche : congestion du lobe supérieur et moyen.

29 août 1922. — Diminution de la congestion, mais elle persiste. A consigner : dans la 2^e radio : augmentation du volume de l'aorte et du cœur.

Le malade n'a interrompu ses occupations que pendant un mois, au début du traitement, sa situation ne lui permettant pas de cesser tout travail. Actuellement, remplit ses fonctions sans aucune fatigue et se déclare guéri.

Nous reproduisons ci-après quelques observations que M. le docteur BAMPs, médecin chef du dispensaire des tuberculeux Sainte-Marguerite, à Bruxelles, a eu l'amabilité de nous faire parvenir.

OBSERVATION n° 14

Tuberculose galopante.

Il s'agit d'un malade qui a fait une pleurésie tuberculeuse à gauche, au début de 1917.

Sous l'action d'un traitement médicamenteux autre que le complexe de terres rares, on semblait avoir obtenu au bout de trois mois une guérison apparente. A ce moment, le malade, par négligence, disparut du cabinet médical.

En février 1918, il revient me trouver, présentant quelques craquements au sommet gauche; les rayons démontrent une diminution de l'éclairage pulmonaire allant jusqu'à la 3^e côte, à la vue antérieure et postérieure.

A ce moment, le malade n'avait pas de température, aucune expectoration.

Huit jours après la radioscopie, par suite d'un refroidissement, il présente toutes les allures d'une tuberculose galopante à ensemencement pneumonique de tout le poumon gauche (souffle, râle de congestion, craquements, bronchophonie, etc.) avec crachats jaunâtres, contenant des bacilles de KOCH très nombreux. La température atteint 40-40°5, malgré l'administration quotidienne de 75 cg.-1 gr. de pyramidon donné 5 fois. Elle se maintient à ce niveau malgré tous les traitements (piqûres, huile camphrée, caféine, etc.) durant quinze jours. A ce moment, je décide d'essayer à dose massive, croyant le cas désespéré, les sels de terres rares.

J'ai pratiqué une dose quotidienne oscillant entre 20 et 25 cc. en injection intra-fessière durant dix jours, associés à l'administration à dose massive du produit par voie buccale 100 et 150 cc. Durant cinq jours, il y eut élévation très grande de la température qui atteignit 41°; mais bientôt la fièvre diminue et au bout de cinq jours de traitement le malade n'avait plus comme température vespérale que 37°5.

L'appétit est revenu, les signes pulmonaires dénotaient une amélioration nette; les phénomènes congestifs (râles, craquements) avaient disparu.

Depuis lors, le malade a reçu encore une série de 10 piquûres de 10 cc. alternant avec l'administration par voie buccale de dose oscillant entre 30 et 60 gr. en ce moment, il est ambulant, afébrile et la tuberculose pulmonaire prend l'allure d'un type fibreux.

OBSERVATION n° 15

Van H... — Tuberculose laryngée (ulcère, nodosités).

Tuberculose pulmonaire bilatérale fébrile, 38-38°8. — Avec bacilles très nombreux et dénutrition très marquée. — Crachats, 15-20.

1^{er} mois. — 15 piqûres de complexe de terres rares de 10-20 cc. tous les deux jours, associées à l'administration quotidienne de 30 cc. de complexe par voie buccale. — Crachats, 4-5. — Bacilles peu nombreux, puis rares. — A gagné 5 kgs. — Température maxima, 37°5. — Appétit revenu.

2^e mois. — 10 piqûres de 10-20 cc. de complexe avec administration quotidienne par voie buccale de 15 cc. — Crachats-o. — Bacilles-o. — Amélioration des lésions du larynx. — Fièvres ont disparu. — A gagné 4 kgs. — Appétit excellent.

3^e mois. — 5 piqûres de complexe de 10 cc. avec 15 cc. par voie buccale par jour. — A encore gagné 2 kgs. — Grand mieux à la radioscopie.

Deuxième radioscopie.



dienne de 15 cc. de la solution par voie buccale.

Première radioscopie.



En résumé, au bout de trois mois de traitement nous avons obtenu une grande amélioration de la maladie par la disparition des bacilles, la cessation des fièvres, l'augmentation en poids de 9 kgs, l'amélioration sensible aux rayons X.

Je continue une série de 5 piqûres de 10 cc. de complexe par mois associées à l'administration quoti-

OBSERVATION n° 16

M^{me} C....., T. P. depuis deux ans et demi. — Bacilles très nombreux. — Crachats, 40-50. — Température, 37°5-38. — T. P. de tout le poulmon gauche (décidé le pneumothorax).

1^{er} mois. — Injection quotidienne de 10 cc. par le médecin traitant avec 30 gr. de complexe par voie buccale. — Appétit revenu. — A gagné

Première radioscopie.



Deuxième radioscopie.



4 kgs. — Crachats, 20-30. — Bacilles nombreux. — Signes cliniques, moins de congestion.

2^e mois. — Injection, 10 cc. tous les deux jours, plus 15 gr. de complexe par jour. — Appétit reste bon. — A encore gagné 2 kgs. — Crachats, 10-15. — Bacilles rares. — Beaucoup moins de congestion.

3^e mois. — Injection complexe de terres rares de 10 cc. tous les deux jours, plus 30 gr. par jour par voie buccale. — Appétit bon. — A encore gagné 1 kg. 1/2. — Crachats, 0-5. — Bacilles disparus. — Aux rayons X : mieux.

OBSERVATION n° 17

Maria D....., T. P. bilatérale. — Fièvre élevée : 39-40. — Crachats, 50-60. — Bacilles très nombreux.

1^{er} mois. — 30 gr. complexe de terres rares par voie buccale. — Pas d'appétit. — Fièvre reste élevée. — A maigri de 2 kgs. — Crachats, 50 à 60. — Pas de changement. — Malade découragée.

2^e mois. — 45 gr. complexe par voie buccale. — Pas d'appétit. — Fièvre, 38-39°. — A. maigri d'un kilo. — Crachats, 30-50. — Bacilles très nombreux. — Peu de changement.

Première radioscopie.



3^e mois. — 15 piqûres de 10 cc. tous les deux jours, plus 30 cc. par voie buccale. — Appétit revient. — Fièvre, 38°. — A gagné 1 kg. — Crachats, 20-30. — Bacilles nombreux.

4^e mois. — 15 piqûres de 10 cc. tous les deux jours, plus 30 cc. de complexe par jour. — Appétit bon. — Fièvre maxima, 37°5. — A gagné 1 kg. — Crachats, 10-20. — Bacilles rares. — Grand mieux clinique. — N'a pas encore été revue aux rayons X.

OBSERVATION n° 18

V. C....., atteinte de T. P. depuis deux ans. — Bacilles nombreux. — Température subfébrile, 37°5-38°. — Inappétence rebelle aux amers.

Première radioscopie.



Deuxième radioscopie.



1^{er} mois. — Série de 10 piqûres de 10 cc. à distance de deux jours associée à l'administration de 30 gr. de complexe T. R. par jour. — Température maxima, 37°5. — Crachats diminuent. — Bacilles peu nombreux. — A gagné 2 kgs.

2^e mois. — Série de 10 piqûres de 10 cc. à distance de deux jours avec administration quotidienne de 30 gr. complexe. — Crachats et bacilles disparus. — Température en dessous de 37°. — A gagné 6 kgs.

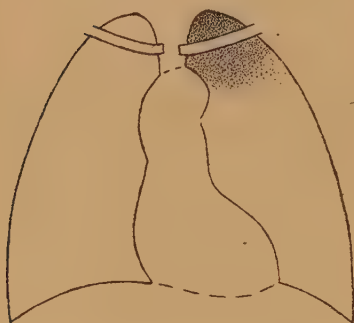
3^e mois. — 5 piqûres de 10 cc. avec administration de 30 gr. complexe par jour. — A encore gagné 2 kgs. — Ne tousse plus. — Excellent appétit. — Revue aux rayons X.

OBSERVATION n° 19

M^{me} L... — T. P. 2/5 côté gauche. — Température, 37-37°5. — Crachats, 10-20. — Bacilles courts très nombreux. — Phénomènes congestifs très marqués.

1^{er} mois. — 30 à 45 cc. de complexe T. R. — Appétit un peu revenu. —

Première radioscopie.



Deuxième radioscopie.



Température : 37°5-38°. — Crachats, 10-20. — Bacilles très nombreux. — A maigri d'un kilo.

2^e mois. — 30 à 45 cc. de complexe. — Appétit meilleur. — Température, 37-38°. — Crachats, 20-30. — Bacilles nombreux. — A gagné 1/2 kg.

3^e mois. — 15 piqûres de 10 cc. plus injection de 30 cc. complexe par jour. — Appétit meilleur. — Température, 37-37°5. — Crachats, 10-15. — Bacilles peu nombreux. — A gagné 2 kgs.

4^e mois. — 10 piqûres de 10 cc. plus ingestion de 30 cc. complexe. — Appétit bon. — Crachats, 5-10. — Bacilles rares. — A gagné 5 kgs.

5^e mois. — 10 piqûres de 10 cc. plus ingestion de 30 cc. complexe. — Appétit bon. — Crachats, 0-5. — Bacilles disparus. — A gagné 2 kgs.

OBSERVATION n° 20

Vander... — T. P. côté gauche. Au début de la maladie : température, 38°5. — Crachats, 50 par jour. — Bacilles très nombreux.

1^{er} mois de traitement complexe de terres rares par voie buccale. 30 cc. par jour. — Température, 37-38°. — Crachats, 20-30. — Bacilles très

Première radioscopie.



Deuxième radioscopie.



nombreux. — Le malade a gagné 4 kgs. — Mais les phénomènes congestifs restent aussi marqués.

2^e mois. — 45 cc. complexe T. R. par jour. — Température, 37-37°5. — Crachats, 20-30. — Bacilles nombreux. — Le malade a gagné 1 kg. — Phénomènes congestifs aussi marqués.

Troisième radioscopie.

3^e mois. — 60 cc. complexe T. R. par jour. — Température maxima, 37°3. — Crachats, 10-20. — Bacilles assez nombreux. — Le malade a gagné 2 kgs. — Phénomènes congestifs moins marqués.



4^e mois. — 60 cc. complexe T. R. par jour. — 15 piqûres intra-fessières de 10 cc. tous les deux jours.

Résultat : température au-dessous de 37°. — Crachats, 0 à 5. — Bacilles rares. — Grand mieux clinique.

5^e mois. — 45 cc. complexe par jour. 15 piqûres complexe de 10 cc. tous les deux jours. Résultat :

Pas de fièvre. — Crachats absents depuis quinze jours, bacilles disparus avant disparition des crachats. — Le malade a gagné 4 kgs. — Guérison apparente à l'examen clinique et quasi complète à l'examen radioscopique. — Le malade supporte 2 mg. de T. A. K. sans réaction et 1 cc. de tuberculine de Denis n° 111 sans réaction.

OBSERVATION n° 21

B... — T. P. bilatérale. — Température, 37°5-38°5. — Bacilles très nombreux. — Crachats, 0-40. — Pas d'appétit.

1^{er} mois. — 10 piqûres complexe T. R. 10 cc. à distance de deux jours, associées à l'administration quotidienne de 30 cc. complexe, par voie

Première radioscopie



Deuxième radioscopie.



buccale. — Appétit revenu. — A gagné 2 kgs. — Crachats, 15-20. — Bacilles nombreux. — Râle persistant.

2^e mois. — 10 piqûres de 10 cc. à distance de deux jours, administration quotidienne de 30 cc. complexe. — Appétit persiste. — A encore gagné 1 kg. 1/2. — Température maxima, 37°5. — Crachats, 10 à 20. — Bacilles assez nombreux. — Râles de congestion moindre.

3^e mois. — 10 piqûres de 10 cc. à distance de deux jours, 30 gr. de complexe par jour. — Appétit bon. — A encore gagné 1 kg. — Température maxima, 37°2. — Crachats, 5 à 10. — Bacilles rares. — Rayons X améliorés.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Le traitement des tuberculoses par le complexe de terres rares exempt de *Lanthane* et de *Cérium* est un traitement de longue haleine; il est actif, atoxique et discret.

Le complexe que nous avons employé n'est nullement caustique, ne produit aucune réaction locale, est indolore, inodore, et ne présente qu'une très légère saveur métallique. Il peut être employé à doses élevées suivant la tolérance du malade, ce qui permet de mieux lutter dès le début et d'enrayer rapidement la marche rapide de la maladie.

Les injections se font intra-fessières ou sous-dermiques dans la région lombaire ou dans le flanc. Beaucoup de malades supportent mieux cette dernière technique. Dans les cas sérieux on adjoindra le médicament par voie buccale à la voie sous-cutanée.

Cependant chez les enfants qui, au bout de quelque temps, redoutent les piqûres, la voie buccale sera le moyen de choix en employant des doses élevées.

Suivant la tolérance, on débutera chez les adultes par 6 injections de 5 cm³, pour faire ensuite une injection de 10 cm³ tous les deux jours, puis tous les jours, enfin on augmentera les doses pour aller jusqu'à 20 cm³ tous les deux jours et même tous les jours, dans les cas graves; un repos de huit jours sera conseillé après chaque série de 12 injections tout en continuant l'absorption par voie buccale.

Chez les enfants, commencer suivant l'âge par des injections de 1 à 2 cm³ pour passer rapidement à 5 et même 10 cm³.

Le docteur BAMPs, médecin chef de l'hôpital des tuberculeux (Sainte-Marguerite à Bruxelles), nous donne sa technique qui consiste à employer les complexes de terres rares de la manière suivante :

A. — *Dans les tuberculoses pulmonaires au début :*

Sans signes cliniques physiques mais avec des troubles généraux (transpirations, amaigrissement, essoufflement, fièvres passagères), contrôle radioscopique (obscurité d'un sommet) et à la T. A. K.

Dans ce cas l'administration par voie buccale quotidienne à dose de 30-45 grammes et poursuivie durant quelques mois peut suffire à amener la guérison.

B. — *Tuberculoses cliniques du sommet :*

A ce stade en général l'examen radioscopique n'est plus seul apte à diagnostiquer la maladie, mais si on observe déjà des modifications physiques et fonctionnelles importantes (expiration prolongée, craquements, souffles, bronchophonie, présence de bacilles dans les crachats), il est prudent d'associer au traitement par voie buccale les injections intra-fessières de complexe de terres rares et de procéder de la façon suivante :

1^o Série de 10 piqûres de 10 à 20 cm³ tous les deux jours durant un mois avec administration à dose massive de complexe de terres rares par voie buccale (30 et 60 grammes par jour);

2^o Série de 10 piqûres de 10 à 20 cm³ et 30 à 60 grammes de complexe de terres rares par voie buccale durant le 2^e mois;

3^o Série de 5 à 10 piqûres de 10 à 20 cm³ avec 30 à 60 grammes de complexe de terres rares par voie buccale durant le 3^e mois.

A ce moment, l'amélioration semble en général suffisante pour pouvoir se borner uniquement au traitement par voie buccale.

C. — *Tuberculeux du 2^e degré :*

Dans ce cas, il est utile d'associer au traitement par voie buccale à 45-60 grammes des injections de 15-20 cm³ faites presque consécutivement.

Par exemple :

10 piqûres tous les jours de 10-20 cm³.

20 — — — deux jours de 10-20 cm³.

20 — — — trois — — —

D. — *Tuberculeux du 3^e degré :*

Si l'intoxication n'est pas trop forte, si le malade n'est pas trop lésé, des injections quotidiennes ou pratiquées tous les deux jours de 10-20 cm³ associées au traitement par voie buccale (60-90 grammes) peuvent encore donner quelquefois d'excellents résultats comme il ressort de quelques observations.

E. — *Phtisie galopante :*

L'injection quotidienne de 10-20-30 cm³ durant un mois, coïncidant avec l'administration par voie buccale à dose massive de 90-120-150, est à essayer en désespoir de cause et m'a donné deux fois un heureux résultat en transformant la forme galopante en forme fibreuse.

CONCLUSIONS

Il résulte de nos études personnelles, poursuivies depuis plus d'un an sur ces hydrosols des études plus anciennes, remontant à près de dix ans, de médecins qui ont employé ce produit, et du traitement de malades que nous avons pu suivre régulièrement et dont nous donnons quelques observations, que l'hydrosol, qui contient les cinq terres rares qui ont fait l'objet de notre étude agit favorablement dans certaines tuberculoses (pulmonaires, péritonéales, osseuses, ganglionnaires).

Au bout d'un temps variable, suivant le degré et la forme de la tuberculose, ce médicament produit :

1^o Une diminution des oscillations thermiques et une régularisation de la courbe de la température qui tend plus ou moins rapidement selon les cas à revenir vers la normale;

2^o La disparition rapide des sueurs nocturnes;

3^o Le retour progressif vers l'appétit et la disparition de l'anémie;

4^o Une augmentation parallèle du poids et des forces;

5^o Il a une action rapide sur les sécrétions pulmonaires en modifiant d'abord les expectorations, les diminuant et les faisant disparaître;

6^o Il a une action directe, si faible soit-elle, sur le bacille de KÖCH, comme les études, *in vitro*, l'ont prouvé;

7^o Il produit une amélioration notable des lésions au point de vue clinique et radiographique;

8^o Il ne produit aucune action congestive et peut être employé même dans les formes hémoptiques;

9° Enfin il n'a aucune action nocive sur les tissus, ne produit aucune nécrose ni même aucune nodosité. Il est fort bien supporté par le tube digestif. Son action est beaucoup plus rapide lorsque l'on ajoute à la voie sous-cutanée ou intra-musculaire la voie buccale.

Le traitement doit être poursuivi avec méthode pendant plusieurs mois afin de maintenir l'organisme sous son influence et d'empêcher que les bacilles de KOCH qu'il recèle encore reprennent de la virulence.

Les doses massives, après accoutumance, peuvent et doivent être employées, elles donnent des résultats plus rapides et l'amélioration obtenue doit être soutenue par un traitement prolongé.

Il nous a semblé, d'après l'emploi que nous en avons fait, que, grâce à sa tolérance parfaite, le complexe de terres rares trouve son indication aussi bien et tout spécialement dans les formes graves de tuberculose avancée et plus ou moins généralisée où la thérapeutique habituelle est fort précaire, que dans les tuberculoses au début. Il stabilise l'évolution des lésions et permet ainsi, dans certains cas, de transformer une forme subaiguë ou à lésions diffuses en une forme chronique ou à lésions plus limitées.

Vu : *Le Président de la thèse,*

Léon BERNARD.

Vu : *Le Doyen,*

M. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

LECOQ DE BOISBAUDRAN, Acad. des Sc., 1890-98.

LASSAIGNE, *Journal de chimie médicale*, T. XI, page 57.

BREDIG, *Deutsche Zeitung*, 1904.

CASTORO et DONAU, *Monath chem.*, 1906.

SAVARKSAD, *Norvegisch Méd.*, 1902.

BOKORNY, *Ch. Zeitung*, 1894.

STURMER, *Médecinische Wochenschrift*, 1903.

WALSH, *Annaletische Chemie*, 1910.

BEHRENS, *Munchner Med.*, 1907.

NEISSER, *Munchner Med.*, 1901-1903.

LOTTERMOSER, *Anorg. Kolloide Gesel Stuttgart*, 1901.

THIROLOIX, *Soc. Bio.*, 1899 à 1908.

DELAGENIERE, *Soc. Méd.*, 1897 à 1908.

OLIVIER, *Soc. Therap.*, 1897 à 1908.

TAUSK et KORANY, *Communication à la Société de Biologie (Budapest)*.

CROOKES, *Chemical Sty*, 1913-14-15.

BRUNIGHAUS, *Chemical Sty*, 1908.

CHESNAIS, *Acad. des Sciences*, 1900-oct. 1904.

BERDINGER DE BRESLAU, *Munchner Medicinische Zeit*, 1907.

SPIEGEL, *Médecinische Woch*, 1918.

W. OSTWALD DE KERNER, *Kolloid Zeit*, 1916.

CROOKES et DE TAKAMINE, *Chemical Sty*, 1916.

VAN POSCHL, *Gand*, 1912.



12 Janvier 1922



26 Janvier 1922.

Tuberculose pulmonaire sommet droit. — OBSERVATION n° 2. — Page 21. — Odette J..., 14 ans 1/2. — Hôpital des Enfants-Malades. Labor. de Bact.



6 Mars 1922.

Tuberculose pulmonaire sommet droit. — OBSERVATION n° 2. — Page 21. — Odette J., 14 ans 1/2. — Hôpital des Enfants malades. — Laboratoire de Radio.



27 Février 1922.

Infiltration pleuro-pulmonaire du poulmon gauche d'origine tuberculeuse. — OBSERVATION n° 4. — Page 26. — Yolande L., 8 ans 1/2. — Hôpital des Enfants malades. — Laboratoire Radio.



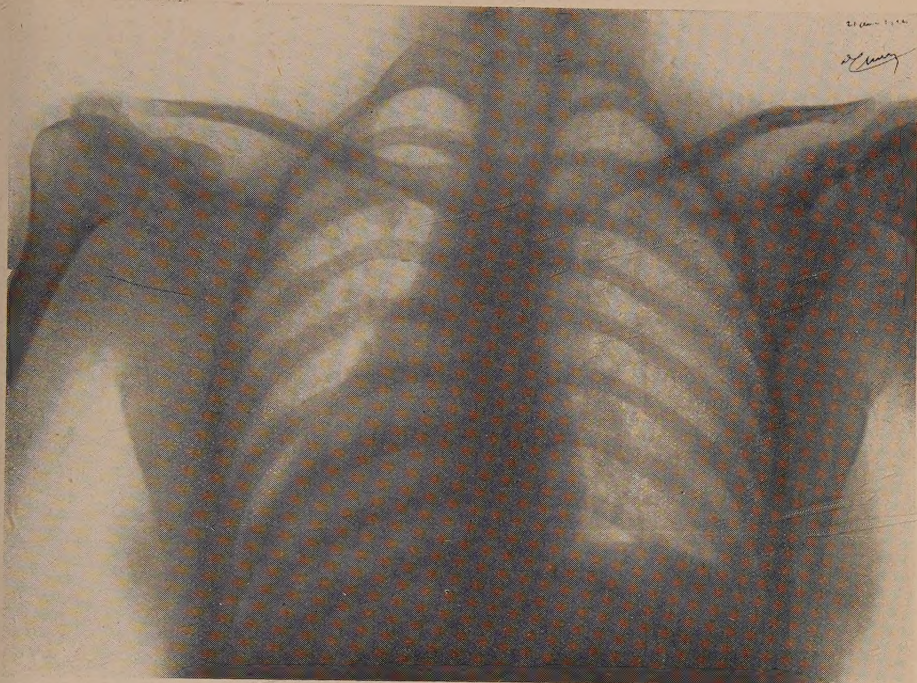
6 Février 1922.

Tuberculose pulmonaire sommet droit. Adénopathie cervicale gauche subaiguë. — OBSERVATION n° 3. — Page 24. — Renée L., 14 ans 1/2. —
Hôpital des Enfants malades. — Laboratoire de Radio.

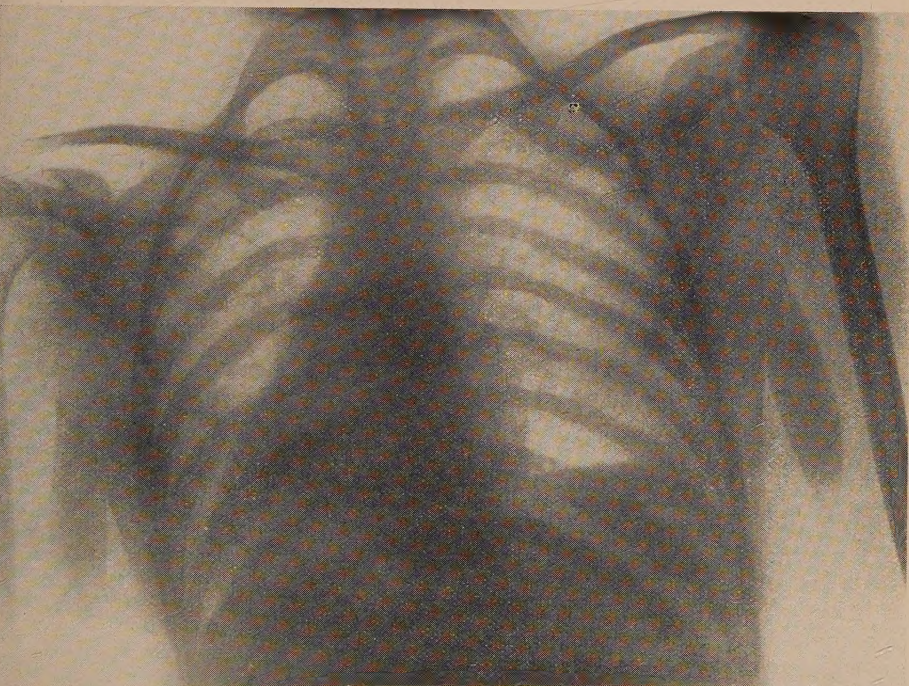


10 Février 1922.

— OBSERVATION n° 3. — Page 24. — Renée L., 14 ans 1/2. —



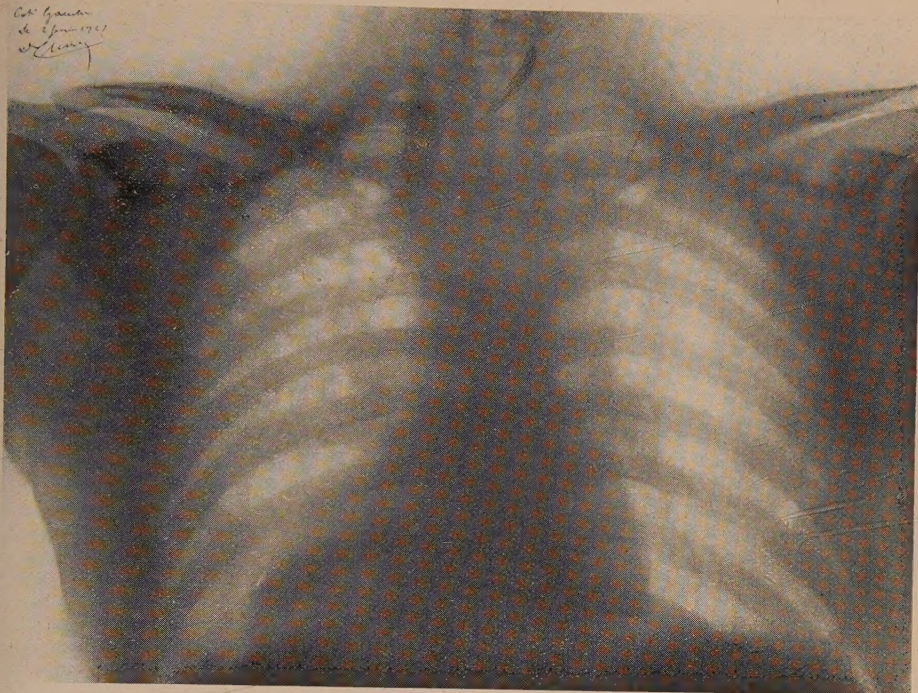
21 Août 1922.



19 Novembre 1919.

Tuberculose pulmonaire chez un adulte. — OBSERVATION n° 12, page 41. — M^{me} Jeanne B..., 20 ans, Radio du D^r Chabry.

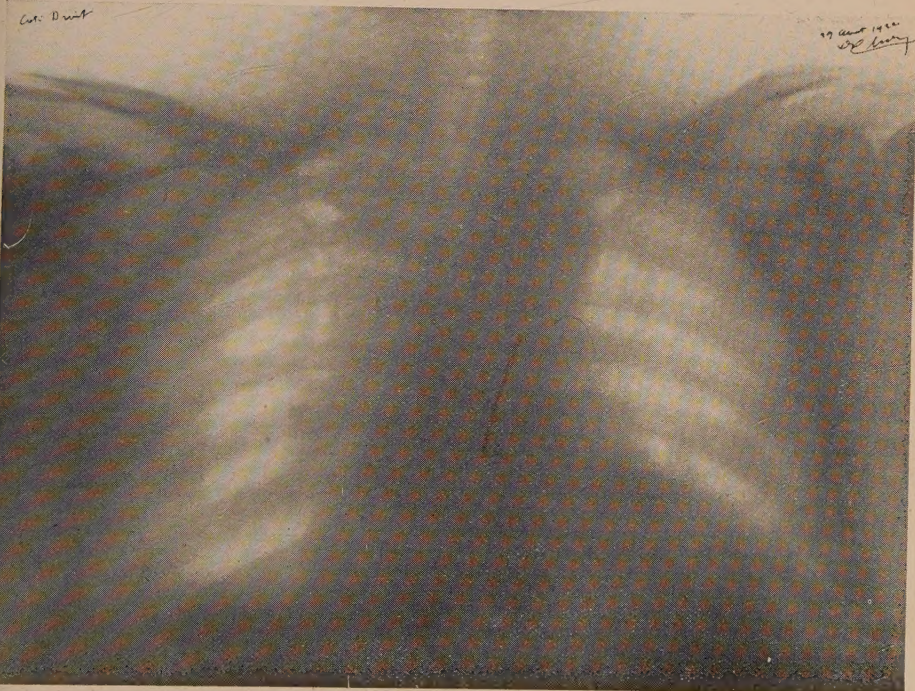
Cat. gauche
de 1921
Chabry



2 Janvier 1921.

Cat. Droit

29 Août 1922
Chabry



29 Août 1922.

